



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
DEPARTAMENTO DE POST-GRADOS
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

“ELABORACIÓN DE UNA FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN
PSICOLÓGICA INFANTIL. FIEPSI”

AUTORA: Psc. Verónica Carchipulla Aguilar

DIRECTORA: Mst. Martha Cobos

CUENCA-ECUADOR

2012 - 2013

DEDICATORIA

El presente trabajo de Investigación está dedicado en primer lugar a mi familia por ser mi fortaleza, motivación y apoyo. Y de manera muy especial a la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa SEAPSI, ya que fue realizado con la finalidad de aportar con una herramienta de trabajo para este Importante Modelo Psicoterapéutico Ecuatoriano.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas y todos los Profesionales de la Psicología y la Psicoterapia, que me brindaron su tiempo y valiosos aportes, mismos que fueron un pilar fundamental para la elaboración de la FIEPSI.

Agradezco también a mi Tribunal conformado por la Mgst. Martha Cobos, Mgst. Eva Peña y Mgst. Ana Lucía Pacurucu, por sus sugerencias, exigencia y confianza en la realización del presente trabajo.

INDICE

CAPÍTULO I	
Psicología Infantil desde el Modelo Integrativo	2
1.1. Generalidades	3
1.2 Desarrollo Infantil	4
1.2.1 Desarrollo Motor	5
1.2.2 Desarrollo Cognitivo	8
1.2.3 Desarrollo Afectivo	10
1.2.4 Desarrollo Social	12
1.3 Factores que Intervienen en el Desarrollo	14
1.3.1 Factores Biológicos	14
1.3.2 Factores Socioculturales	16
1.3.3 Factores Afectivos	18
1.4 El desarrollo de la Personalidad en la Infancia	22
1.5 Conclusiones	27
CAPITULO II	
Clínica Infantil desde el Modelo Integrativo	28
2.1 Generalidades	28
2.2 Diagnóstico Infantil	29
2.2.1 Trastornos Infantiles	32
2.3 Evaluación Infantil	41
2.3.1 Instrumentos de Evaluación	43
2.4 Conclusiones	50
CAPITULO III	
Propuesta “Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica para Niños y Niñas” FIEPsI	
3.1 Análisis de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica FIEPs	54
3.2 Propuesta de la ficha integrativa de evaluación psicológica infantil FIEPsI	57
3.3 Validación de la ficha integrativa de evaluación psicológica FIEPsI	67
3.4 Conclusiones	88
CONCLUSIONES	92
ANEXOS	94
Anexo 1	95
Anexo 2	103
BIBLIOGRAFIA	105

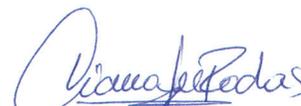
RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo la Elaboración de una Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil FIEPsI, a partir del Modelo Integrativo Focalizado en la personalidad y tomando en cuenta los aspectos necesarios para el trabajo con público infantil, de tal manera que la intervención con niños y niñas sea adecuado y funcional tanto para el terapeuta como para el paciente. Para alcanzar los resultados propuestos se utilizó una metodología que involucró la participación de al menos 44 Profesionales del Modelo Integrativo Ecuatoriano y Psicólogos Clínicos que hayan tenido experiencia de trabajo práctico con niños y niñas, el mismo que consistió en la elaboración y mejoramiento de propuestas FIEPsI a través de la integración de diversos aportes y sugerencias basadas en fundamentos teóricos y experienciales, de lo cual se logró elaborar la Ficha de Integración y Evaluación Psicológica Infantil FIEPsI, considerada como muy adecuada por la mayoría de los profesionales participantes.

ABSTRACT

The goal of this work is the development of a Psychological Integrative Assessment Form for Children FIEPsI, based on the Integrative Model Focalized on the personality. The project takes into account all of the necessary aspects of public child work in order to provide an adequate and functional intervention for both the therapist and the patient. In order to obtain the desired results, we employed a methodology that included the participation of at least 44 Professionals of the Ecuadorian Integrative Model and Clinical Psychologists that have had previous experience with children. The project consisted in the development and improvement of FIEPsI proposals through the integration of diverse contributions and suggestions based on theoretical and practical fundamentals. As a result, we developed the Psychological Integrative Assessment Form for Children FIEPsI, which was considered adequate by most of the professional participants.




Translated by,
Diana Lee Rodas

INTRODUCCIÓN

Este trabajo nace como respuesta a una necesidad identificada durante el período de práctica de la Maestría de Psicoterapia Integrativa, en donde se evidenció la dificultad de aplicar la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica FIEPs en la clínica infantil. Lo que motivó a realizar la presente investigación que busca adecuar las 5 primeras Guías de la FIEPs, para el trabajo con niños y niñas, de tal manera que obtengamos como resultado una Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica específica para el campo Infantil, que se denominó Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil, FIEPsI.

Para desarrollar la propuesta primero hablaremos sobre el desarrollo infantil, tomando en cuenta algunas teorías de autores destacados, quienes enfatizan las características propias de los niños y niñas a diferencia de los adultos.

Se hará referencia también a los factores conformadores de la personalidad y del diagnóstico de los trastornos infantiles en donde se encuentran aspectos que sirven de base en la intervención clínica, por lo tanto aspectos importantes para verse plasmados en la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil.

Finalmente, y tomando en cuenta la teoría revisada, presentaremos el planteamiento de desarrollo de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil, el proceso realizado y los resultados finales obtenidos a través de un trabajo participativo con colegas de la Psicoterapia.

CAPITULO I

PSICOLOGÍA INFANTIL DESDE EL MODELO INTEGRATIVO

La psicoterapia integrativa no es la excepción de lo que ha ocurrido en muchas otras áreas de la psicología, en donde el análisis infantil ha quedado en un segundo plano y el objeto de estudio inicial han sido los adultos.

El integracionismo surge desde hace muchos años atrás con la finalidad de encontrar qué es lo que más funciona en psicoterapia, de ésta manera, en la actualidad existen una gran cantidad de modelos integrativos, cuatro de los cuales están en América del Sur, entre ellos el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, que nace en el Ecuador.

A continuación haremos una breve revisión del recorrido psicológico clínico en el campo infantil desde los diferentes Modelos Integrativos de Sudamérica, tomando en cuenta que este acercamiento se encuentra directamente influenciado del sustento teórico de los diferentes modelos, lo que ha permitido que en algunos Enfoques Integrativos se ha avanzado más que otros en este proceso.

1.1. GENERALIDADES

Los modelos de Integración destacados en Sudamérica son el AIGLE en Argentina, El Supraparadigmático de Chile, la Psiconeruroinmunoendocrinología PNIE de Uruguay, y el Modelo Integrativo Ecuatoriano; cada uno de los cuales tiene sus fundamentos filosóficos, epistemológicos, teóricos que consecuentemente desembocan en aplicaciones prácticas para ser utilizadas en la intervención clínica.

Ninguno de estos modelos ha generado delimitaciones excluyendo a la niñez, sin embargo, de la bibliografía obtenida de estos modelos, es quizá Fernandez – Alvarez (2008), con el modelo AIGLE, quien más diferencia las problemáticas que se pueden dar en la niñez y la adolescencia; en tanto que Dubourdieu (2008), con el modelo PNIE hace referencia a la importancia del entorno y los vínculos durante la niñez, otorgándoles su debida importancia en la constitución del Psiquismo.

El modelo AIGLE se basa en el constructivismo relativo como base epistemológica, y la corriente cognitiva constructivista como fundamento teórico. Y es justamente la Terapia Cognitiva – Conductual una de las que más aportaciones ha hecho a la intervención clínica con niños, niñas y adolescentes, esto ha permitido que en este modelo se cuente con más estudios en el campo Adolescente o Infantil, sobre todo en lo que se refiere a intervenciones.

Los artículos referidos a este tipo de intervenciones no hacen referencia estudios específicos sobre la niñez o adolescencia desde el modelo, si no que toman el camino

recorrido desde la Terapia Cognitivo – Conductual. Es importante mencionar que la intervención clínica en niños o niñas no está limitada a la utilización de algún tipo determinado de técnicas, la eficacia en la intervención dependerá de cuánto se tome en cuenta las diferencias y características particulares de este público frente a los adultos. Para tal efecto, recordaremos algunos aspectos importantes a continuación.

1.2. DESARROLLO INFANTIL

Cuando hablamos de desarrollo hacemos referencia a la maduración biológica y orgánica que provocan cambios físicos observables, y que a la vez implican un avance a nivel sociopsicológico. Maier (2001) explica que todo desarrollo implica un cambio que se da de manera constante y por lo tanto previsible, por lo que, en caso de no cumplirse con ésta previsión estaríamos hablando de un desarrollo anormal.

Según Craig (2001) el desarrollo inicia desde el momento de la fecundación, cuando se da la división celular. Desde el período del embarazo, dividido en tres trimestres, el feto ya se prepara física y biológicamente para adaptarse al mundo exterior en el cual continuará su desarrollo. La Enciclopedia Pedagogía y Psicología Infantil (2002) considera en cambio, que el desarrollo inicia incluso antes del embarazo y factores tales como las expectativas frente al embarazo y al hijo, estado emocional de la madre y la situación socio-económica influirán en el desarrollo del niño.

Para hablar de desarrollo infantil, es importante tener en cuenta que está constituido por algunos aspectos, entre ellos tenemos los aspectos físicos y motrices, lenguaje,

cognición, aspectos emocionales, socialización, etc.; los mismos que están íntimamente relacionados y que además influirán en formas de comportamiento, patrones de respuesta, esquemas mentales, etc. Es decir, la interacción entre dichos aspectos conforma la personalidad del individuo, misma que es el eje dentro del Modelo Integrativo Ecuatoriano.

1.2.1. Desarrollo Motor

Para hablar sobre el desarrollo de la motricidad, es necesario referirnos primeramente a los reflejos y los sentidos, ya que éstos dos conjuntamente preceden y permiten la maduración del sistema nervioso y de la motricidad del niño en sus diferentes aspectos como son postura, locomoción y prensión.

Las respuestas reflejas se constituyen además en indicadores del estado neurológico del recién nacido, existen reflejos primitivos que fueron importantes en algún momento de la evolución humana, y los reflejos de sobrevivencia que son indispensables para que el neonato pueda adaptarse al medio antes de que asuma el control de funciones superiores del cerebro, entre éstos están la respiración, el reflejo de búsqueda, succión, reflejo pupilar, parpadeo, y otros.

En cambio, los cinco sentidos le sirven como herramientas básicas para enfrentar su nuevo estilo de vida, se desarrollan desde el período embrionario y al nacer el bebé entra en contacto con el medio continuando su desarrollo hasta alcanzar una maduración que le permita al neonato adaptarse al mundo exterior. De esta manera el desarrollo sensorial precede y es la base para el desarrollo motriz.

Dentro del desarrollo motriz se destaca Arnold Gesell como uno de los autores que ha dado un gran aporte, a través de una investigación realizada mediante la observación a niños sanos y alimentados, en los cuales encontró que los niños presentaban datos similares en cuanto a su estatura y peso, además de una secuencia ordenada y continua en su nueva manera de hacer las cosas. Gesell (1967) afirma que el desarrollo no depende únicamente del ambiente sino que la conducta aparece en función de la maduración. Estas aportaciones sirven como parámetros para conocer el correcto desarrollo motriz del niño.

Para un mejor análisis Gesell dividió este desarrollo en períodos o sumarios que van desde los 0 meses hasta los 4 años, y se destacan por las siguientes características.

Tabla 1

Período	Características
El niño de cuatro semanas	Reflejo tónico cervical Reflejo de succión Sigue objetos utilizando toda la cabeza Contemplación del sonido Contacto social a través de la mirada
El niño de 16 semanas	Mayor control cefálico Se sienta con apoyo Lenguaje a través de balbuceos y risas Reconoce el rostro y manos de la madre y lo diferencia del de otras personas
El niño de 28 semanas	Se sienta sin apoyo Explora objetos utilizando la boca Vocaliza espontáneamente vocales, consonantes y hasta diptongos Exploración del entorno social
El niño de 40 semanas	Se para por sí solo agarrándose en apoyos Dominio del equilibrio en la posición sedente Gatea Explora el entorno utilizando su tacto Imitación de ademanes, gestos y sonidos Sonríe ante su propia imagen en el espejo

El niño de un año	<p>Se puede parar sin ayuda aunque le falta equilibrio para caminar solo</p> <p>Progreso en el juego social</p> <p>Subordina la acción a la palabra</p> <p>Tendencia a repetir acciones que han sido festejadas</p> <p>Es receptivo a las emociones de los demás</p>
El niño de 18 meses	<p>Mayor dominio de sus piernas, camina por sí solo e intenta correr</p> <p>Baja gradas sin ayuda</p> <p>Reconoce objetos y partes del cuerpo</p> <p>Empieza a usar palabras junto con ademanes</p> <p>Reclama lo “mío”</p> <p>Empieza el control de esfínteres</p>
El niño de 2 años	<p>Sube y baja escalones sin ayuda aunque usando los dos pies</p> <p>Baila, salta, aplaude</p> <p>Progreso en la atención, es capaz de estar más tiempo en una actividad</p> <p>Habla con mayor fluidez</p> <p>Mayor control de esfínteres, casi desaparecen los accidentes diurnos</p> <p>Dramatiza las relaciones madre – hijo</p>
El niño de 3 años	<p>Saca e introduce objetos de agujeros</p> <p>Mayor inhibición y delimitación del movimiento</p> <p>Puede correr</p> <p>Puede subir escaleras alternando los dos pies</p> <p>El vocabulario se ha triplicado y puede designar conceptos, ideas y relaciones</p> <p>Se puede entablar conversaciones</p> <p>Mejora el control de esfínteres</p>
El niño de 4 años	<p>Hace saltos horizontales</p> <p>Mantiene el equilibrio en un solo pie</p> <p>Se abrocha los botones y hace el lazo del zapato</p> <p>Puede hacer la figura humana</p> <p>Interroga frecuentemente</p> <p>Ha mejorado su independencia así como su sociabilidad</p>

Fuente: El Niño de 0 a 4 años, Gesell Arnold

1.2.2. Desarrollo Cognitivo

Jean Piaget es uno de los autores más destacados en este campo ya que buscó la relación entre la biología y la psicología para explicar el desarrollo intelectual, afirmando que la inteligencia se puede deducir de la adaptación cognitiva obtenida a través de las asociaciones repetidas que resultan, como una “copia funcional de las secuencias impuestas por los estímulos externos o por la experiencia en general” (Piaget, 1977, pag.76); de esta manera sitúa a la inteligencia y a las funciones cognitivas como parte de las regulaciones orgánicas.

Piaget (1976), divide al desarrollo cognoscitivo en tres grandes períodos que a su vez se dividen en estadios, la secuencia y orden constante de las adquisiciones dependerá de la experiencia anterior del individuo y del medio social, mas no únicamente de su maduración, por lo que las adquisiciones se pueden acelerar, retrasar o inclusive se puede impedir su manifestación.

Otra de las características es que cada una de las estructuras construidas se vuelven parte integrante de las siguientes estructuras, a lo cual denomina carácter integrativo. Se refiere también a los procesos de asimilación y acomodación, siendo el primero el impacto que causa el mundo exterior en el individuo, y el segundo es la manera en la que el individuo se instaura en el medio; estos procesos son interdependientes y juntos cumplen con la adaptación.

Las fases mencionadas por Piaget se dan de la siguiente manera:

Tabla 2

Período	Edad	Estadio	Características
Inteligencia sensorio – motriz	0 a 1 mes	I	Ejercicios reflejos
	1 a 4 ½ meses	II	Primeros hábitos: comienzo de los condicionamientos estables y reacciones circulares primarias, relación con el propio cuerpo
	4 ½ a 8 meses	III	Coordinación de la visión y la percepción y comienzo de las reacciones circulares secundarias, relación con cuerpos manipulados
	8 a 12 meses	IV	Coordinación de los esquemas secundarios: muchos medios posibles para un mismo fin y muchos fines para un mismo medio
	12 a 18 meses	V	Diferenciación de los esquemas de acción por reacción circular terciaria. Comienzo de organización del “grupo práctico de desplazamiento”
	18 a 24 meses	VI	Comienzo de la interiorización de los esquemas y solución de algunos problemas con detención de la acción y comprensión brusca
Período de la preparación y organización de las operaciones concretas de clases, relaciones y número	Las operaciones concretas se efectúan con objetos manipulables efectivos o inmediatamente imaginables		
	Subperíodo A		
	2 a 3 ½ - 4 años	I	Aparición de la función simbólica y comienzo de la interiorización de los esquemas de acción en representaciones. Lenguaje, juego simbólico o imaginativo, comienzos de la imagen mental como una imitación interiorizada
	4 a 5 ½ años	II	Organizaciones representativas fundadas sobre una asimilación de la propia acción. Interrogantes referentes a los objetos de manipulación
	5 ½ a 7 – 8 años	III	Regulaciones representativas articuladas: fase intermedia entre la no conservación y la conservación. Pensamiento en formas semi-reversibles.
	Subperíodo B		
	7 – 8 a 11 – 12 años	I	Operaciones simples
		II	Completamiento de ciertos sistemas de conjunto en los campos espacio y tiempo

Período de las operaciones formales	11 – 12 a	I	Operaciones combinatorias
	13 – 14 años	II	Lógica proposicional. Capacidad de razonar sobre enunciados e hipótesis

Fuente: Los estadios en el Desarrollo del niño, Wallon, Piaget y otros

1.2.3. Desarrollo afectivo

Para hablar del desarrollo afectivo es importante citar a Freud quien afirma que el principio de placer es el que rige la afectividad en el desarrollo del niño, el niño conoce este placer cuando los sentimientos de necesidad o deseos son satisfechos. Ballesteros (1984), traduciendo a Freud (1923, pag. 92) menciona que “el fin sexual del instinto infantil consiste en hacer surgir la satisfacción por el estímulo de una zona erógena elegida de una u otra manera. Esta satisfacción tiene que haber sido experimentada anteriormente para dejar una necesidad de repetirla”.

R de Saussure explica las etapas del psicoanálisis junto con sus rasgos de carácter de la siguiente manera. (Wallon, Piaget y otros, 1976)

Tabla 3

Etapas	Edad	Características	Rasgos de carácter
Oral (Pasivo y activo)	0 a 1½ año	Interés en los alimentos y en lo que absorbe	Dependencia al objeto, en un primer momento ligado a la nutrición y luego entre los 7 y 8 meses existe una dependencia visual.
Anal (Pasivo y activo)	1 a 3 años	Dominio de los esfínteres. Elemento sensorio frente al pasaje de los excrementos. Placer al proyectar sus excrementos, puede emplear incluso cierta agresividad.	Ansia de posesión, necesita en todo momento el objeto que le agrada (persona que le agrada), la reclama cuando no está presente y quiere destruirla si no está a su merced

Fálica	3 a 5 -	Interés en órganos genitales y sus mucosas. Complejo de castración	Gran ansiedad, necesidad de ser admirado y tranquilizado
Genital	6 años	Concentración en los genitales. Complejo de Edipo y Electra.	El niño quiere proteger al objeto amado y la niña seducir. Sentimiento de adulto en estado embrionario
Latencia	6 a 11 años	Predominio de los intereses intelectuales y motores	Primero se da la formación del super-yo: exigencias de los instintos controladas por los juicios morales globales, respeto unilateral. Después disminuyen las exigencias y comienza el respeto mutuo y la reversibilidad de los afectos.
Pubertad	11 años en adelante	Maduración de las glándulas genitales, desarrollo de caracteres sexuales secundarios y cierta maduración intelectual.	Alternancia de exceso e inhibición

Fuente: Los estadios en el Desarrollo del niño, Wallon, Piaget y otros

A su vez, en un intento de relacionar el desarrollo fisiológico con el emotivo, Saussure propone otra clasificación del desarrollo afectivo, sintetizada a continuación.

Tabla 4

Estadio	Edad	Características
Emotividad reaccional	0 a 2 ½ años	El lactante reacciona con satisfacción, cólera, actividad o inhibición. No hay continuidad del estadio afectivo, no está formado el yo
Organización de mecanismos primarios de defensa	2 ½ a 5 años	Organiza su vida afectiva estos mecanismos ya que no tiene a su disposición procedimientos intelectuales. Algunos mecanismos pueden ayudar a formar un yo activo y otros uno inhibitorio

Resolución del Complejo de Edipo	5 a 6 años	Toma de conciencia del yo con relación a los otros. Los sentimientos que eran reaccionales se vuelven duraderos gracias al super-yo. El sentimiento comienza a reemplazar a la emoción.
Reemplazo de los mecanismos primarios por una ordenación lógica de sentimientos	Desde los 6 años	Distinción del sujeto y el objeto. Los demás pueden ser representados por medio de un campo mental. Respeto unilateral se transforma en respeto mutuo

Fuente: Los estadios en el Desarrollo del niño, Wallon, Piaget y otros

1.2.4. Desarrollo social

Es Erick Erickson, quien basado en la teoría psicoanalítica de Freud y bajo el supuesto de que todo individuo se relaciona con su medio, construye una teoría psicosocial del desarrollo al otorgarle gran importancia a la relación del niño con sus padres dentro del contexto familia y con un medio social en el que considera la herencia histórico – cultural.

Erickson señaló que en cada fase el individuo debe afrontar un problema fundamental, a lo que denominó "crisis", y frente a las cuales se presentan oportunidades de desarrollo para el individuo. “El desarrollo es un proceso continuo en el que cada fase tiene la misma jerarquía como parte del continuo, pues halla su antecedente en las fases anteriores y su solución final en las posteriores” (Maier, 2001, pag. 36). Su teoría se extiende hasta la vejez, sin embargo, en el presente contexto y acorde al tema de investigación, abarcaremos únicamente hasta la adolescencia.

Tabla 5

Fase	Edad	Descripción
Confianza y desconfianza	0 a 18 meses	Realización de la esperanza. El niño necesita la sensación de comodidad física y una experiencia mínima del temor o la incertidumbre para que extienda su confianza a experiencias posteriores. Si las necesidades físicas y psicológicas no son satisfechas determinan un sentido de desconfianza y percepción temeroso frente a las situaciones de la vida.
Autonomía y duda o vergüenza	1 ½ a 3 años	Realización de la voluntad. El niño comienza a descubrir que la conducta que desarrolla es suya propia, sin embargo, existe a la vez una constante dependencia que le genera duda respecto a su capacidad, autonomía e independencia. El niño necesita una guía sensible y comprensiva así como un apoyo graduado. Debe aprender a querer lo que puede ser, así como incorporar la experiencia de la frustración como un aspecto natural de su vida y no como una amenaza total a su propia existencia.
Iniciativa y sentido de culpa	3 a 6 años	Realización de la finalidad. Surge cuando el medio social lo incita a realizar una actividad y alcanzar un resultado, mayor responsabilidad sobre sí mismo y sobre su mundo dejando sus formas anteriores de dependencia y a la vez por esta misma razón experimentando cierto sentido de culpa. En este período participa el grado de iniciativa estimulada y permitida.
Sentido de la industria y sentido de inferioridad	6 a 11 años	Realización de la competencia. Necesita ocupar un lugar de igual entre sus pares, dirige toda su energía a los problemas sociales que domina utilizando toda su energía posible hacia la producción de ello y se opone una presión a retroceder al estado anterior. Intenta aprender haciendo
Identidad y sentido de difusión de la identidad	Adolescencia	Realización de la fidelidad. Toma decisiones propias vinculadas al contexto social. Hay un esfuerzo por integrar las direcciones internas y externas, esta polaridad debe resolverse en el período de la adolescencia para prevenir perturbaciones transitorias o duraderas en la adultez

Fuente: Tres teorías sobre el desarrollo del niño, Erikson, Piaget y Sears

Si bien es cierto que para este análisis se ha dividido al desarrollo en diferentes áreas de estudio, es también necesario recalcar que todas ellas son indivisibles y las unas necesitan de las otras, así, alguna alteración de una de ellas influye en cierta medida sobre otras. Por esto la necesidad de hacer análisis integrales en el trabajo terapéutico con niños o niñas.

1.3. FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO

Craig (2001) menciona que el desarrollo es producto de la combinación de algunos factores que permiten que se den cambios en el individuo durante el ciclo vital, entre estos factores están los biológicos, psicológicos, sociales, históricos y evolutivos.

Sabemos además sin duda que es la convergencia de estos factores que intervienen en el desarrollo desde el momento del nacimiento, la que permiten la conformación de la identidad y personalidad individual, por lo que basándonos en la definición de Allport según la cual personalidad está influenciada por factores biológicos, sociales y psicológicos, son a estos factores a los que nos referiremos a continuación.

1.3.1. Factores biológicos

Los factores biológicos se pueden evidenciar en primera instancia a través del patrimonio genético que surge en la unión del ovulo con el espermatozoide y a través de los cuales se determina el sexo y rasgos particulares físicos y psíquicos de cada individuo, entre ellos están aspectos como: color de los ojos, piel, cabello, estatura, oído musical, elasticidad corporal, inteligencia, introversión o extroversión, propensión a enfermedades.

El desarrollo biológico se inicia desde el período prenatal, y luego del nacimiento continúa el desarrollo del sistema nervioso central y el incremento del peso cerebral gracias a la mielinización, sinaptogénesis, aumento del volumen citoplasmático y gliogénesis. Por lo que Portellano (2008) destaca la importancia de la neuropsicología infantil diferenciándola de la neuropsicología del adulto ya que el cerebro en desarrollo tiene mayor fluidez y expansividad que el del adulto.

Esto además permite la consolidación de procesos cognitivos, perceptivos, psicomotores y socioafectivos en el niño, por lo que alguna alteración neurológica podría provocar déficits en dichas áreas, algunas alteraciones emocionales o conductuales pueden ser consecuencia de lesiones cerebrales de tipo residual.

Eysenck (1972, pag. 82), se refiere a la introversión y extroversión como dimensiones de la personalidad, también las explica a través de la biología que son procesos en el córtex los que permiten tanto la excitación como la inhibición, “el córtex ejerce un papel restrictivo sobre las estructuras inferiores de forma que la excitación cortical, es decir, un aumento en la eficacia del córtex se manifestaría a través de la conducta como una disminución de la excitabilidad y un aumento de la inhibición. A la inversa, la inhibición de la actividad cortical liberaría a los centros inferiores de dicho control, manifestándose una excitabilidad aumentada y una disminución de la inhibición”

Millon (2004) también menciona la importancia de la sensibilidad biológica de cada individuo afirmando que según ésta el mismo entorno puede ser percibido de diferentes maneras, considera la importancia de los factores biológicos no sólo en la manera

de experimentar el entorno, sino que además esta misma dotación configura el comportamiento del niño y por lo tanto incide en las respuestas comportamentales de los padres. Reitera que cualquier deterioro en ciertas áreas clave de la estructura biológica producirá una alteración en el pensamiento, la emoción y los comportamientos. Sin embargo, toma también con importante o incluso mayor consideración, la influencia del entorno como mantenedor o reforzador del sustrato biológico.

1.3.2. Factores socioculturales

Vigotski (1979) manifiesta que la formación de la inteligencia y de los procesos psicológicos superiores no puede comprenderse al margen de la vida social. El aprendizaje infantil empieza desde el nacimiento a partir de la interacción con los adultos, para lo cual se utiliza la imitación a través de la cual el niño puede insertarse en tareas de la colectividad, y también el lenguaje o el simbolismo que a más de ser un medio de comunicación, cuando es interiorizado contribuye a la organización del pensamiento del niño; este lenguaje interno, así como el pensamiento reflexivo pueden surgir únicamente de las interacciones entre el niño y las personas de su entorno siendo la fuente del desarrollo de la conducta voluntaria.

Gonzales M.M y Palacios J, (*Zona del Desarrollo Próximo como tarea de construcción*, 1990) citan a Vigotsky mencionando dos principios en su teoría, el de origen social, mencionado en el párrafo anterior, y el de la zona de desarrollo próximo, que es la capacidad para el desarrollo guiado y se va creando a través del proceso de enseñanza. Para que se dé un proceso de enseñanza/aprendizaje es importante reconocer cual es el

desarrollo actual del niño y de esta manera intentar acercarse a los límites de la zona de desarrollo próximo para ampliarlos al máximo posible, en este proceso es de gran importancia la manera de plantear los problemas, así como la dirección y motivación para la resolución de los mismos.

Young (1969) menciona que el individuo es parte de un sistema mayor y su conducta puede comprenderse únicamente tomando en cuenta ese contexto, el individuo es un ser con una conducta activa al ser la fuente de energía de la misma, y a su vez se relaciona con el ambiente que son las personas de su medio, de ésta manera se crea una interdependencia entre los dos, todo lo que él dice o hace tiende a tener algún efecto sobre las personas que lo rodean, a su vez, la actividad de estas personas puede influir sobre él. Así, la conducta de las personas no sólo es activa sino que también puede ser intencional, correctiva y restaurativa, presenta una realimentación positiva y negativa con su medio, a lo que le denomina reciprocidad.

Josselyne (1986) en un curso realizado en el Instituto Regional de Medio Oeste y la Asociación Americana de Servicio Familiar, recoge que el comportamiento del individuo sólo puede entenderse cuando se lo ve al mismo individuo como parte de la sociedad, refiere que el individuo es en parte un producto de su ambiente y de las fuerzas sociales y exteriores que influyen sobre él, por lo que el comportamiento es la manifestación del individuo para adaptarse a su entorno y poder sentirse tan cómodo como sea posible.

Recalca que las reacciones del individuo bien pueden ser atribuidas a las experiencias que éste ha tenido después del nacimiento y sin embargo, es necesario

considerar también el factor constitucional incluso para entender dichas respuestas. No obstante, dentro de los límites del factor constitucional las posibilidades en cuanto a la conformación de la personalidad son múltiples y una de las más importantes es la herencia social.

1.3.3. Factores afectivos

Millon (2004), afirma que durante el primer año de vida los niños, no pueden sobrevivir por sí solos de tal manera que la influencia de los adultos para que les estimulen y les nutran será fundamental para que el infante obtenga más experiencias placenteras que dolorosas, esta es la razón por lo que se ha denominado a este período como etapa del apego.

El niño aprende de los adultos las actitudes y los comportamientos que le enseñan, así como las que se practican aunque en ocasiones no tengan la intención de ser transmitidas. Influyen también las experiencias casuales e incluso los castigos y recompensas dados en ocasiones de manera caprichosa, situaciones que refuerzan estilos de comportamiento, este aprendizaje se da sobre todo cuando las situaciones son reiterativas por lo que tiene un efecto resistente y acumulativo en lo que el niño aprende, siendo esta una experiencia crucial para que el niño establezca o no sentimientos de seguridad, formas de relacionarse, impresión de cómo es percibido, métodos de afrontamiento, etc.

De esta manera, para su aprendizaje influyen aspectos como:

- Los sentimientos y actitudes de sus progenitores
- Los métodos de control del comportamiento
- Estilos de comunicación de la familia
- Contenido de las enseñanzas
- Estructura familiar

Los sentimientos y actitudes de sus progenitores serán clave para el comportamiento que el niño espere de los demás, es decir, si es desvalorado en el contexto familiar esperará lo mismo del entorno, en tanto que si es valorado dentro de su círculo familiar, podrá afrontar de mejor manera percepciones negativas de sí mismo en el entorno más lejano.

Igualmente, su modelo de comportamiento adquirido a través del ejemplo, imitación, orden verbal, etc., va a verse influenciado según el *método* utilizado para dicha enseñanza, los mismos que pueden ser de recompensas contingente, inconsistentes, protectores o indulgentes. *Los estilos de comunicación* hacen referencia al lenguaje verbal y simbólico que permiten configurar el pensamiento, así, si esta comunicación es fragmentada o confusa pueden implicar significados equívocos o contradictorios o sentimientos ambivalentes o contrarios.

También las enseñanzas transmitidas, es decir los *contenidos*, serán valores y actitudes que mediante la palabra directa o a través de comentarios inintencionados pueden ser de ansiedad, culpa, vergüenza, sentimientos de inferioridad o desvalorización. Y

finalmente la *composición de la familia* puede transmitir enseñanzas sobre actitudes y tipos de relación, en este aspecto influye la falta de algún modelo significativo, relaciones discordantes, rivalidad fraterna y el orden de disposición filial.

Craig (2001) mencionan también a Jhon Bolwby y a Ainsworth como dos de los autores que consideran fundamental la manera de relación entre los adultos con los niños, afirman que la relación entre el progenitor y el hijo durante los dos primeros años de vida, establecerán las bases para las relaciones futuras, el mismo que además se da de manera bidireccional, es decir, el apego del niño influye en el adulto y viceversa.

Según Bolwby el apego está programado de manera biológica y se mantiene gracias a la cercanía física, afecto con la madre y satisfacción de necesidades. Ainsworth menciona que el llanto, las sonrisas, miradas, vocalizaciones, intentos activos de contacto físico, entre otros, son las conductas que permiten el apego ya que promueven una interacción entre el adulto y el niño.

Bolwby (1998), considera el apego de gran importancia para un adecuado desarrollo psicológico, tomando en cuenta la maduración biológica tardía del ser humano, manifiesta que los cuidados que le den los adultos significativos de su entorno al bebé pueden hacer que éste sienta confianza y seguridad. Este depende de situaciones endógenas como exógenas como por ejemplo miedo, novedad o situaciones peligrosas, etc. ante las cuales el niño demandará la proximidad de la figura de apego a través de conductas como llorar, gritar, patallar, etc.

Así mismo, afirma que el contacto que el niño tenga con el mundo exterior y la capacidad de respuesta y disponibilidad de las figuras paternas construirán los modelos internos de relación, es decir, el individuo va a construyendo esquemas o guiones a partir de las relaciones con las figuras de apego y se servirá de las mismas para percibir e interpretar las acciones e intenciones de los demás y para dirigir su conducta, constituyendo de esta manera la base de la propia identidad y de la autoestima. (Bolwby, 1993)

Los diferentes tipos de apego son los siguientes:

Tabla 6

TIPOS DE APEGO	
Seguro	Interacción activa entre la madre y el bebé. La madre atiende las demandas físicas y psicológicas del bebé. La edad de 1 a 2 años va a ser determinante para que se desarrolle este tipo de apego ya que los padres deben aprender a ser equilibrados en cuanto a las conductas de protección y a la vez permitir la independencia que estimula al niño a explorar el entorno sin temor.
Inseguro evitativo	La madre y el bebé son activos en su interacción, sin embargo, la madre rechaza frecuentemente muchas de las demandas del bebé evitando con ello que no se logre el contacto entre los dos, la madre demanda un cambio precoz en el comportamiento del bebé y no proporciona el contacto físico
Inseguro ambivalente	La madre y el bebé son inicialmente activos, sin embargo, la respuesta de la madre tiene a volverse inconsistente, es decir, en ocasiones la madre puede llegar a atender al bebé cuando el llanto de éste ha alcanzado persistencia e intensidad difíciles de ignorar, en otras ocasiones responde de manera diferida o no responde.
Inseguro desorganizado	La madre y el bebé son activos, sin embargo, la madre participa superficialmente en la atención de las necesidades físicas o psicológicas del bebé, ella puede estar físicamente presente pero emocionalmente ausente, como sino no estuviera conectada.

Fuente: El Apego, John Bowlby

1.4. El desarrollo de la personalidad en la infancia

Muchos autores coinciden en que cuando hablamos de niños o niñas es muy difícil hablar de personalidad, ya que debido al mismo desarrollo, ésta se encuentra en proceso de construcción, por lo que únicamente podemos considerar rasgos de la misma, o incluso referirnos a diferentes aspectos conformadores, más no una tipología definida,

Eysenck (1965), con el fin de definir operativamente las dimensiones de la personalidad, realiza un estudio basado no únicamente en supuestos o teorías, sino más bien buscando sus fundamentos científicos, es decir posible de verificación y desarrollo. Una de las ventajas de este estudio es que fue realizado basándose en hombres, mujeres, sujetos normales o anormales, adultos y los niños, éstos últimos son nuestro foco de atención.

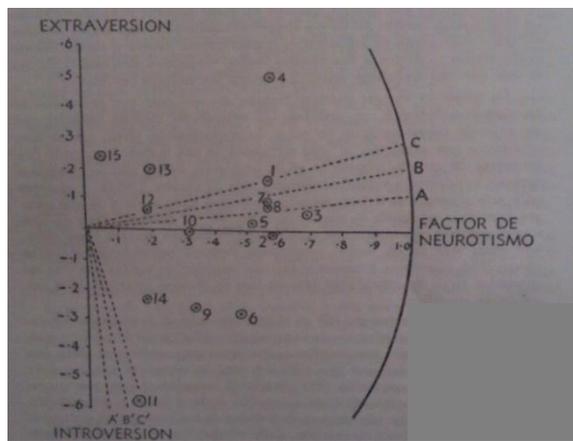
Luego de realizar algunos estudios y comparaciones utilizando tests y realizando un análisis factorial, encuentra primeramente un continuo que va de la normalidad a la neuroticidad, siendo los puntos próximos al extremo positivo (en un eje cartesiano), los que representarían las personalidades bien integradas, emocionalmente estables y sin rasgos neuróticos; en tanto que las puntuaciones en el otro extremo representarían las personalidades, emocionalmente inestables y neuróticas.

A la vez advierte que este neuroticismo se puede manifestar dentro de un segundo factor a lo que Jung denominó introversión-extroversión, es decir, pueden existir neuróticos que muestren movilidad, sin dificultad para romper vínculos, de un tipo más histérico

(extroversión), o tipos neuróticos tímidos, sensibles, propensos a deprimirse (introvertidos).

Así, Eysenk(1972) define la existencia de tres dimensiones: neuroticismo, extroversión e introversión, refiere que los individuos predispuestos a desarrollar patrones de conducta extrovertida en caso de neurosis pueden experimentar perturbaciones histérico- psicopatológicas; en tanto que los individuos predispuestos a desarrollar patrones de conducta introvertida pueden experimentar trastornos distímicos, y tanto los factores biológicos como los sociales son interdependientes.

De los estudios realizados por Kretschmer analizó la continuidad entre el neuroticismo y el psicoticismo, concluyendo que ambas recorren un continuo desde la personalidad bien adaptada, madura y estable o normalidad hasta la anormalidad psicótica o neurótica.



Fuente: Fundamentos Biológicos de la Personalidad, Eysenk

Millon (2004) también nos da aportes sobre la configuración de la personalidad en los niños y niñas cuando hace referencia a los factores que influyen en el aprendizaje de los mismos, y cómo estos pueden crear formas de afrontamiento, que a su vez se ven fortalecidos a través del comportamiento de las personas que lo rodean, pudiendo generar maneras de enfrentar a través de la evitación, aislamiento, agresividad, necesidad de aprobación, ambivalencia, etc. Afirma también que el orden de los efectos puede cambiarse sobre todo durante las etapas tempranas del desarrollo, y que la madurez biológica depende mucho de la experiencia ambiental favorable

Según mencionan Kernberg, Winer y Bardenstein (2002), el DSM –IV define los rasgos personalidad como patrones persistentes de: percepción, relación y pensamiento acerca del ambiente y de uno mismo, lo que además se verá reflejado tanto en contextos personales como sociales; manifiestan así que el desarrollo de la personalidad del niño, incluye el surgimiento del sentido de identidad, modulación de afectos, formas de pensamiento y relación con el mundo externo, los cuales tienen bases biológicas e implicaciones del entorno, y que se van forjando desde muy tempranas edades, así el sentido de identidad se evidencia desde antes de los 2 años, cuando el niño se reconoce frente a un espejo.

Toman como componentes de la personalidad a los siguientes:

Temperamento; disposición de base biológica que influye en la interacción del niño y su mundo, tanto en el estilo de aproximación como de reactividad.

Identidad: estructura mental interna que involucra el sentido de desarrollo de sí mismo a lo largo del tiempo y de las situaciones.

Género: componente de la identidad que define al individuo dentro de las cultura y lo envuelve en ciertas expectativas conductuales

Afecto: reacciones emocionales y representaciones de sí mismo y del otro

Mecanismos de defensa: maneras propias de afrontamiento y adaptación al estrés interno y externo.

Presencia de trastornos neuropsicológicos en el desarrollo: déficit en el funcionamiento cognitivo y yoico, y que afecta la manera en que el niño puede procesar, organizar y recordar información.

(Kernberg et al, 2002)

Mencionan además que estos componentes son variables en cierta medida y que están influenciados por las experiencias, pero también son evocativos e influyen en la manera en la que el niño reacciona, interpreta y construye sus experiencias.

Desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano se asume la conceptualización del Allport que indica que la personalidad es *una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual*. Dentro de esta estructura considera además que existen componentes cognitivos, afectivos, comportamentales y relacionales que son esenciales dentro de la conformación de la personalidad.

Así mismo, estos cuatro factores constituyen ejes básicos dentro de la tipología considerada desde el modelo integrativo, a través del cual integra el enfoque ideográfico y el nomotético mencionado que la personalidad se complementa por tendencias

determinantes que pueden ser agrupadas, y que a su vez se ajustan de forma diferente para cada personas según cada situación. Afirma además “tampoco estamos de acuerdo en que para describir o tipificar la personalidad se requiera una edad determinada como plantean los clasificadores psiquiátricos, la personalidad se forma desde el mismo momento de la concepción y en el transcurso de las etapas vitales está sometida a la influencia de factores externos que refuerzan o modifican la estructura básica pero manteniendo un mismo patrón básico. Por lo tanto, la descripción de rasgos es factible desde la niñez.” (Balarezo, 2010, p.85)

Así, considerando los cuatro ejes fundamentales, menciona grupos de personalidad según el predominio de cada uno de ellos de la siguiente manera:

Tabla 7

<p>Personalidades con predominio afectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Histriónica • Ciclotímica
<p>Personalidades con predominio cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anancástica • Paranoide
<p>Personalidades con predominio comportamental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestable • Disocial
<p>Personalidades con Déficit relacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquizoide • Evitativa • Dependiente • Trastorno esquizotípico

Fuente: Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, Balarezo

1.5 CONCLUSIONES

Las investigaciones realizadas por diferentes autores, y en diferentes campos del desarrollo evolutivo, describen de manera clara las diferencias existentes entre adultos y niños, y que además nos ayudan a reconocer si el desarrollo de un niño o niña se está dando dentro de parámetros normales o no. Las áreas de desarrollo se encuentran interrelacionadas, de tal manera que la alteración en alguna de las áreas influye en mayor o menor intensidad en las demás.

También es fácilmente identificable que la conformación de la personalidad se va dando desde etapas tempranas, algunos autores afirman que desde edades tempranas ya podemos hablar de la existencia de rasgos de personalidad descritos como patrones persistentes. A través de los estudios se puede evidenciar que existen bases biológicas que aportan al desarrollo de la personalidad, no obstante, otros factores endógenos influyen también de manera importante en la construcción de la misma e incluso en el reforzamiento del sustrato biológico.

Según el Modelo Integrativo Ecuatoriano existen cuatro componentes fundamentales en la conformación de la personalidad: el cognitivo, afectivo, comportamental y relacionales, de los cuales además derivan las principales tipologías con las que trabaja el modelo. Estos factores además son fácilmente descriptibles en el desarrollo infantil.

CAPITULO II

CLÍNICA INFANTIL DESDE EL MODELO INTEGRATIVO

Cuando hablamos de clínica infantil hacemos referencia al estudio del comportamiento que va desde el nacimiento al inicio de la adolescencia. Comprende la exploración de aspectos como la percepción, atención, motivación, inteligencia, características cognitivas, emocionales y sociales. Incluye la evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemas o trastornos en niños y niñas. Se enfoca en la psicopatología infantil, la cual difiere de la psicopatología en los adultos ya que es necesario tomar en cuenta todos los aspectos relativos al desarrollo, mencionados en el capítulo anterior.

Desde esta perspectiva, el modelo Integrativo Ecuatoriano, nos permite estudiar las alteraciones que pueden darse en la etapa infantil. Para referirnos a la personalidad, va a ser necesario que consideremos la complejidad de los diversos elementos que la constituyen, es decir aspectos biológicos, socioculturales, componentes cognitivos, afectivos, comportamentales y relacionales, además de la influencia sistémica.

2.1 GENERALIDADES

Como dijimos anteriormente, la psicopatología infantil difiere en algunos aspectos de la psicopatología de adultos, es necesario tomar en cuenta los criterios proporcionados por el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales DSM IV - R y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud CIE 10;

ya que éstos dos son los referentes internacionales a través de los cuales tenemos una base para referirnos a los trastornos, sin perder de vista aspectos propios del desarrollo infantil.

Para llegar a un correcto diagnóstico, uno de los pasos más importantes es la evaluación, y consiste de elementos como la entrevista clínica, la observación, y el uso de determinados instrumentos psicológicos, siendo importante no sólo su conocimiento sino también su correcta aplicación. Es también fundamental apreciar el contexto en el que el niño o niña se desenvuelve, y considerar la información proporcionada por el infante.

2.2 DIAGNÓSTICO INFANTIL

Bofil, Fernandez y colaboradores (2010), mencionan que la Organización Mundial de la Salud define a la Salud mental como un “estado en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar tensiones normales en la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”; sin embargo, ellos mismos reconocen las diferencias existentes entre niños, niñas y adolescentes frente a los adultos, por lo que mencionan que para hablar de salud mental en niños es necesario referirnos al *desarrollo* de capacidades sociales y emocionales que permiten al niño experimentar y regular sus emociones, así como establecer relaciones próximas y seguras, y aprender.

Portellano (2010) diferencia el trastorno infantil y el de adultos en el hecho de que en los niños las formas de trastorno son una dificultad en la adquisición de la función, mientras que en el adulto el trastorno es la pérdida de la función ya adquirida, los factores

externos no siempre justifican algunas dificultades o patologías, sino más bien estas pueden deberse a disfunciones cerebrales, las mismas que pueden ser mínimas o severas.

Menciona también que la exploración afectivo conductual es igualmente importante incluirla ya que estos factores pueden interferir negativamente en los procesos cognitivos o percepto-motores, y en algunos casos incluso ser causantes de los mismos, explica que existen algunas alteraciones de tipo emocional que tienen causas de tipo neurobiológica, sobre todo son lesiones ubicadas en el lóbulo frontal o temporal y otras lesiones de estructuras como el hipotálamo o una deficiente regulación del sistema hormonal.

Por su parte, la terapia cognitivo – conductual sostiene la importancia que ejercen los pensamientos sobre las emociones y sobre la conducta de tal manera que según las interpretaciones: positivas, neutras o negativas, que se le den a situaciones, cada persona interpretará los hechos con lo que se denomina diálogo interior, y que está constituido por una serie de pensamientos que fluyen continuamente a la mente; no obstante, dentro de la psicopatología infantil rescata la multifactorialidad influyente.

Afirman que las creencias o esquemas mentales son construidos a lo largo del desarrollo e afectan la percepción, recuperación, procesamiento e interpretación de la información; por lo tanto, cuando existe alguna respuesta emocional o conductual desadaptativa o poco funcional, “se presume la injerencia de déficit en sus habilidades conductuales o distorsiones en las creencias y procesos cognitivos resultantes”. (Bunge, Gomar, Mandil, 2009, pag.10), todos estos procesos no se dan de manera individual, sino

que están correlacionados con la participación de adultos relevantes en la vida del niño o niña.

El Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, diferencia entre problema, trastorno y síntoma, menciona que acorde al tipo o rasgo de personalidad se puede entender de mejor manera el desarrollo de un determinado problema o trastorno. Cuando hablamos de público infantil es importante considerar que pese a que en algunos niños o niñas se pueden diferenciar rasgos bien marcados de algún tipo de personalidad, a la vez ésta se encuentra en un proceso dinámico de construcción mucho más cambiante que en la edad adulta, en el cual los factores biológicos, afectivos, cognitivos y relacionales no son sólo constituyentes, sino más bien influyentes directos de la construcción de la personalidad, y que a su vez están directamente afectados por diferentes sistemas en los que actúa el niño.

Dentro de lo que se denominan trastornos infantiles, el CIE 10 nombra al grupo de trastornos del desarrollo psicológico y, a los trastornos del comportamiento y de las emociones, de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia como trastornos específicos del público infantil. Los trastornos del primer grupo comienzan siempre en la primera o segunda infancia, causan un deterioro o retraso del desarrollo en las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del Sistema Nervioso Central, y su curso se manifiesta de forma estable de tal manera que no se ve afectado por remisiones y recaídas.

El DSM IV - R por su parte, hace referencia a estos trastornos como de la infancia, niñez y adolescencia, no pretende sugerir diferencia alguna con trastornos que se pueden

presentar en la edad adulta, sino que más bien suelen diagnosticarse por primera vez durante cualquiera de las etapas antes mencionadas.

2.2.1 Trastornos Infantiles

Para comprender de mejor manera la diferencia entre problema y trastorno, contamos con el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales DSM IV - R y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud CIE 10. Los dos manuales hacen referencia a criterios diagnósticos necesarios para determinar o no un trastorno.

A continuación veremos las clasificaciones de los dos manuales, para los trastornos infantiles:

Tabla 8

DSM IV – R	CIE 10
Retraso Mental <ul style="list-style-type: none"> • Retraso mental leve • Retraso mental moderado • Retraso mental grave • Retraso mental profundo o severo • Retraso mental de gravedad no especificada 	Trastorno mental sin especificación
Trastornos de la comunicación <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del lenguaje expresivo • Trastorno mixto del lenguaje receptivo - expresivo • Trastorno fonológico • Tartamudeo • Trastorno de la comunicación no 	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno específico de la pronunciación • Trastorno de la expresión del lenguaje • Trastorno de la comprensión del lenguaje

especificado	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner) • Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje • Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación
Trastornos del aprendizaje <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la lectura • Trastorno del cálculo • Trastorno de la expresión escrita • Trastorno del aprendizaje no especificado 	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno específico de la lectura • Trastorno específico de la ortografía • Trastorno específico del cálculo • Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar • Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar • Trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificar
Trastorno de las habilidades motoras <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del desarrollo de la coordinación 	Trastorno específico del desarrollo psicomotor Trastorno específico del desarrollo mixto
Trastornos generalizados del desarrollo <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno autista • Trastorno de Rett • Trastorno desintegrativo infantil • Trastorno de Asperger • Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (incluyendo autismo atípico) 	Trastornos generalizado del desarrollo <ul style="list-style-type: none"> • Autismo infantil • Autismo atípico • Síndrome de Rett • Otro trastorno desintegrativo de la infancia • Trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados • Síndrome de Asperger • Otros trastornos generalizados del desarrollo • Trastorno generalizado del desarrollo sin especificar Otros trastornos del desarrollo psicológico Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación

<p>Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno por déficit de atención con hiperactividad • Trastorno por déficit de atención con hipertactividad no especificado • Trastorno disocial • Trastorno negativista desafiante • Trastorno del comportamiento perturbador no especificado 	<p>Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y las emociones</p> <p>Trastornos hipercinéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la actividad y de la atención • Trastorno hipercinético disocial • Otros trastornos hipercinéticos • Trastornos hipercinético sin especificar <p>Trastornos disociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno disocial limitado al contexto familiar • Trastorno disocial en niños no socializados • Trastorno disocial en niños socializados • Trastorno disocial desafiante y opositorista • Otros trastornos disociales • Trastorno disocial sin especificar <p>Trastornos disociales y de las emociones mixtos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno disocial depresivo • Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos • Trastornos disociales y de las emociones mixtos sin especificar
<p>Trastorno de tics</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la Tourette • Trastornos de tics motores o vocales crónicos • Trastorno de tics transitorios • Trastorno de tics no especificado 	<p>Trastornos de tics</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de tics transitorios • Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios • Trastorno de tics múltiples y fonatorios combinados (Síndrome de Gilles de la Tourette) • Otros trastornos de tics • Trastorno de tics sin especificación

<p>Trastornos de la eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encopresis • Enuresis <p>Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pica • Trastorno de rumiación • Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez 	<p>Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la niñez y adolescencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enuresis no orgánica • Encopresis no orgánica • Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia • Pica en la infancia • Trastorno de estereotipias motrices • Tartamudeo (espasmofemia) • Farfulleo • Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la niñez y adolescencia • Trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la niñez y adolescencia sin especificación
<p>Otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de ansiedad por separación • Mutismo selectivo • Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez • Trastorno de movimientos estereotipados • Trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado 	<p>Trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de ansiedad de separación de la infancia • Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia • Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia • Trastorno de rivalidad entre hermanos • Otros trastornos de las emociones en la infancia • Trastorno de las emociones en la infancia sin especificar <p>Trastorno del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutismo selectivo • Trastorno de vinculación de la infancia reactivo

	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de vinculación de la infancia inhibido • Otros trastornos de comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia • Trastornos de comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia sin especificación
--	---

Fuente: DSM IV T-R y CIE 10

Como pudimos ver, los dos manuales no manejan exactamente las mismas clasificaciones, sin embargo, existen muchas semejanzas entre ellos, para comprender de mejor manera la descripción de los trastornos, haremos un breve resumen de las problemáticas más comunes presentadas durante el año lectivo 2011 – 2012 en el Centro de Estimulación Integral y Apoyo Psicoterapéutico de la Universidad del Azuay CEIAP, en donde se evaluaron y fueron intervenidos 40 niños y niñas con las siguientes sintomatologías.

Tabla 9

Trastorno o problema	Niños	Niñas	Total
Trastorno de Déficit de atención con hiperactividad	5	1	6
Discapacidad Intelectual	3	2	5
Disfunción cerebral mínima	1	0	1
Trastorno de conducta oposicionista desafiante	1	0	1
Trastorno de conducta disocial	2	1	3
Retinosis Pigmentaria	1	0	1
Hipoacusia	3	2	5
Síndrome de Asperger	2	0	2
Autismo	0	1	1
Síndrome de Down	0	1	1

Síndrome de Aarskog	1	0	1
Dislexia	3	1	4
Inmadurez en áreas de aprendizaje	3	1	4
Problemas conductuales	2	1	3
Problemas emocionales	7	3	10
Trastorno de Identidad sexual	1	0	1
Diagnóstico no determinado	1	0	1
TOTAL	36	16	

Fuente: Estadística CEIAP 2011 -2012

Los trastornos más frecuentes fueron:

Discapacidad Intelectual; el DSM IV-R lo denomina como retardo mental y menciona que este puede ser leve, moderado, grave, profundo o de gravedad no especificada, así mismo, la gravedad del mismo marcará dificultades que se reflejan no sólo en el campo académico, sino también en el campo social y en la autonomía. La discapacidad intelectual está determinada con un coeficiente intelectual abajo el promedio más conductas desadaptativas en al menos dos áreas de sus habilidades funcionales.

Déficit de atención con o sin hiperactividad según el DSM IV – R o trastorno de la atención y la actividad según el CIE 10, es importante tomar en cuenta el tiempo de duración de los síntomas, la edad y el contexto en el que se evidencia tanto la desatención como la hiperactividad para poder diagnosticar este síndrome, su inicio se da en la niñez aunque también puede ser diagnosticado en adolescentes o en personas mayores.

Trastorno de conducta negativista desafiante según el DSM IV-R y trastorno disocial desafiante y opositor según el CIE 10, su característica predominante es un

comportamiento hostil, desobediente y desafiante sobre todo a las figuras de autoridad y a las normas y reglas, comportamiento que es repetitivo y no acorde a su edad, presentan además baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente, pese a que algunas de sus características son compatibles, o indican el inicio de un trastorno de conducta disocial, es importante realizar adecuadamente un diagnóstico diferencial con éste.

Trastorno de conducta disocial según el DSM IV-R, el cual hace una subdivisión con respecto a su comienzo, pudiendo ser de inicio infantil, de inicio adolescente o de inicio no especificado, y en cuanto a la gravedad puede ser leve, moderado o grave. En tanto que el CIE 10 se refiere al trastorno disocial en tres tipos: limitado al contexto familiar, en niños no socializados y en niños socializados. Las características comunes es un comportamiento persistente y repetitivo de agresión y violación a los derechos básicos de otras personas o animales, y a las normas sociales, estos trastornos suelen estar relacionados con ambientes sociales desfavorables tanto dentro de la familia como en el contexto social y escolar.

El CIE 10 incluye también dentro de su clasificación de trastornos infantiles al trastorno disocial depresivo, el mismo que combina características del trastorno disocial con rasgos de depresión persistente reflejada en sentimientos excesivos de infelicidad, disminución o pérdida de intereses o sentido de placer por las actividades habituales, alteraciones del sueño o apetito, desesperanza.

El Trastorno Autista y el Síndrome de Asperger, nombrados en el CIE 10 y en el DSM IV-R como trastornos generalizados del desarrollo, también son una de los motivos de consulta clínica para niños y niñas, una de sus principales características es la falta de

interés en la interacción social, según Wing (1996) esta característica nada tiene que ver con dificultades de lenguaje o de una inadecuada forma de crianza por parte de los padres, como se creía inicialmente; sino que más bien son habilidades que dependen de la función cerebral y está ausentes o son gravemente deficientes en estos tipos de trastornos.

Existen también otro tipo de problemáticas que se encuentran también de manera importante, y que variará la frecuencia de presentación según el lugar de investigación, por ejemplo, en los Centros de relacionados con la Protección de Derechos encontramos maltrato infantil, abuso sexual infantil, procesos judiciales como tenencias, alimentos, negligencia, abandono, callejización, etc.

El abuso sexual y al maltrato infantil, el DSM IV-R los clasifica como Problemas relacionados con el abuso o la negligencia y se apoya en la sintomatología del estrés post – traumático para explicar la sintomatología del abuso sexual; Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), añaden que los síntomas pueden presentarse a corto, mediano o largo plazo, y pueden ser de tipo físico, conductual, emocional, sexual y social; es importante tener en cuenta la amplitud de la sintomatología que se puede presentar, ya que muchas veces puede ser confundida con trastornos alimenticios, trastornos emocionales o trastornos conductuales de manera aislada, y por lo tanto su intervención no ser la adecuada.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta desde este enfoque, es lo referente a la personalidad, acorde al DSM IV y el CIE 10, no podemos hablar de trastornos de la personalidad en la niñez, pese a que algunos trastornos conductuales marcarían el inicio del

desarrollo de una personalidad, este diagnóstico no podría ser dado sino hasta pasado los 18 años, una vez que se haya alcanzado la formación de su identidad.

Kernberg, Weiner y Bardenstein (2002), afirman, que según los estudios epidemiológicos se ha podido verificar que algunos de los trastornos de personalidad se mantienen relativamente estables durante largo tiempo, e incluso pueden mostrar continuidad desde la edad escolar y la adolescencia. Según estos autores, el miedo a la etiquetación o a influir negativamente sobre la imagen del niño es una de las principales razones por las que no se considera la posibilidad de diagnosticar un trastorno de personalidad en niños y adolescentes.

No obstante, el correcto diagnóstico de personalidad favorecería a una correcta intervención, y al contrario, el no hacerlo lo perjudicaría e incluso podría imposibilitar un tratamiento apropiado. Estos autores cuestionan el hecho de diagnosticar un trastorno de personalidad únicamente pasado la adolescencia, ya que consideran que desde este enfoque “no se toma en cuenta el proceso mediante el cual, en cada fase del mismo, se forma una identidad y personalidad apropiadas a la edad. Ignorar las líneas de desarrollo en la estructuración de la identidad significa hacer de lado la forma en que el desarrollo en la personalidad puede ser afectado negativamente a cualquier edad.” (Kernber *et al*, 2000, pag. 6)

Resulta válido en este punto recordar lo mencionado en el capítulo anterior a través de Eysenck, quien refiere que los factores biológicos, que constituyen la personalidad, provocan respuestas propias y a su vez influyen en la respuesta de los otros, es así, que por

ejemplo, un niño extrovertido y con bajo control de impulsos, provocará en su madre reacciones más punitivas y por lo tanto reforzará este comportamiento. “Se puede suponer que un desarrollo anormal avanza por caminos anormales y que los niños tienden a mantener sus perturbaciones psicológicas, en especial cuando no se les ofrece tratamiento con lo que se llega a cumplir el criterio de persistencia y generalización de rasgos desadaptativos” (Kernberg *et al*, 2000, p.10)

Otro punto necesario de recalcar es la diferenciación que para hablar de trastornos de personalidad en niños o niñas, la comparación necesaria de hacer no es entre niños y adultos, sino entre niños que padecen trastorno con aquellos que no los tienen, lo que permite tener en cuenta características propias de la edad y la conformación de la identidad que se va dando en el desarrollo, en la cual intervienen múltiples factores.

2.3 EVALUACIÓN INFANTIL

La evaluación es uno de los aspectos más importantes en la clínica infantil, ya que generalmente es una persona adulta, representante o profesor, quien solicita la intervención, y son muy pocos los niños que asisten a un tratamiento psicológico por voluntad propia. La aplicación correcta de los instrumentos de evaluación cumplen un papel fundamental posibilitándonos conocer la problemática y el contexto de la misma de una manera más cercana al niño o niña, sobre todo cuando la información proporcionada por el mismo resulta incompleta, o en algunas ocasiones nula.

Parmelee (1998) afirma que la información proporcionada por el niño o niña es fundamental para la evaluación, pese a que no todos tienen la capacidad de explicar sus problemáticas o estado de ánimo con respecto al contexto familiar o escolar, hay información temporal que se puede obtener a través del juego interactivo o de la aplicación de técnicas proyectivas, información o síntomas que en ocasiones pueden requerir de varias sesiones para ser identificados.

Algunas herramientas que favorecen la evaluación son la entrevista, la observación y el uso de instrumentos psicométricos a nivel psicológico, algunos autores consideran también importante contar con evaluaciones neuropsicológicas que permiten conocer las funciones sensorio-perceptivas, motoras y afectivo – conductuales del niño.

Esquivel y otros (2004), mencionan que incluso el uso aislado de varias técnicas, permiten integrar los datos y de esta manera generar un diagnóstico que posibilite explicar la conducta y procesos mentales dentro de una situación, recalcan la importancia de tomar en cuenta la dinámica familiar para realizar una evaluación completa y permita un mejor entendimiento a la problemática del niño o niña.

Reep y Horner (2000) recalcan en cambio la importancia de evaluar las conductas problemáticas en base a la función que cumplen, refieren que muchas de las conductas problemáticas generalmente tienen una intención, entre ellas están: la búsqueda de atención, la evitación de tareas, la búsqueda de elementos tangibles y el reforzamiento sensorial, entre otras. Desde este punto de vista consideran de gran importancia analizar qué función tiene para el niño o niña determinada conducta.

El Modelo Integrativo Ecuatoriano toma en cuenta los componentes biológicos, socioculturales y estructura psicológica como las bases de la expresión de la personalidad, la misma que se refleja en la convergencia de aspectos cognitivos, comportamentales, afectivos y relacionales, generalmente predominando uno de éstos, y que además constituiría su estilo de personalidad, según el cual estaría más propenso al desarrollo de diferentes alteraciones o trastornos. Desde este punto de vista será importante indagar éstos aspectos en el niño o niña, de tal manera que nos permitan visibilizar al infante desde una perspectiva más integral e integrada.

2.3.1 Instrumentos de evaluación

En este espacio nos referiremos a las técnicas de evaluación psicológica, mencionadas anteriormente. Siendo las de mayor relevancia y necesarias para una adecuada evaluación son: la entrevista, la observación clínica, las pruebas psicométricas y las pruebas proyectivas.

La entrevista es un instrumento fundamental, busca recopilar información acerca de la persona y la problemática, a través de ésta se realiza una historia del padecimiento, se delimita la conflictiva y quizá el apareamiento de otras problemáticas en el transcurso del proceso. Cuando se trabaja con público infantil ésta se realiza con los padres o representantes del niño o niña.

Portellano (2002) recalca la importancia de la entrevista ya que a través de esta se puede conocer información sobre las características personales del niño, y especialmente

las relacionadas al desarrollo evolutivo y funcionamiento del sistema nervioso, información que es proporcionada necesariamente por un adulto cercano al niño, considera que es importante recolectar:

- Datos de filiación,
- Antecedentes Personales:
 - Desarrollo neuromotriz
 - Enfermedades padecidas
 - Exploración neurovegetativa
 - Escolaridad
- Antecedentes familiares, que incluye dinámica familiar

El análisis funcional, señala que el proceso de entrevista más que implicar una conversación utiliza cuestionarios y escalas de valoración altamente estructurados.

La entrevista puede ser abierta o cerrada según el motivo de consulta, cuando se hace referencia a procesos judiciales o situaciones de maltrato o abuso, es más importante recolectar información que permita conocer o indagar sobre situaciones determinadas o específicas, y no indagar más que lo necesario.

Es importante también realizar un encuadre desde la primera entrevista, que permita tanto al profesional como al paciente ubicarse en cuanto a los objetivos de las mismas, su duración y número, considerando siempre un grado de flexibilidad, ya que muchas veces será conveniente cambiar el curso planificado. Otra variable a tomar en cuenta para las entrevistas es el tiempo de duración de las mismas, el mismo que va entre 30 a 40 minutos,

cuando se trabaja con niños. Las entrevistas realizadas con niños o niñas requerirán del uso de recursos como juguetes y simbolismos que le permitan expresarse con libertad.

Otro de los instrumentos de gran importancia es *la observación*, ésta se puede dar tanto dentro o fuera de la entrevista, por ejemplo, durante una entrevista es posible observar aspectos no verbales de los pacientes, sea niños o adultos, el lenguaje no verbal es un importante indicador de emociones que muchas veces no son mencionados por los pacientes; además, la presencia, la vestimenta, el lugar que escogen para sentarse, el tono de voz, etc., nos pueden mostrar también aspectos como autoestima, tristeza, miedo, relación, etc., las mismas que será necesario corroborar con el mismo paciente.

Portellano (2002) da gran importancia a la observación, incluso en los momentos de la aplicación de los test neuropsicológicos, en los cuales la empatía, la motivación o el estado psicofísico del niño, podrían afectar la fiabilidad de los resultados, y en ocasiones nos permitirán distinguir la causa de puntuaciones deficientes, pudiendo estar entre estas: falta de motivación, inatención, conducta opositora, etc.

Por otro lado, también la oportunidad de observar comportamientos frente a diferentes miembros de la familia es sustancial dentro de la evaluación, puede pasar por ejemplo que cuando la madre o el padre de un niño esté presente, este se muestre más inquieto, desafiante, o al contrario se esconda o casi no hable, y que su comportamiento varíe significativamente cuando se trabaja con él a solas. Se puede evidenciar también patrones de relación entre los miembros de la familia, actitudes al separarse de los padres y

hermanos, conductas agresivas, inestabilidad, indiferencia, humor, etc. Las mismas que es necesario interpretarlas tomando en cuenta el contexto en el que se presenten.

Otro tipo de observación que es un importante complemento para el trabajo clínico es la que se hace en otros espacios, en especial la escuela, en donde también es posible conocer la manera de relacionarse con otros compañeros, actitudes o comportamientos frecuentes, agresividad, timidez. Existen registros de comportamiento que nos ayudan a conocer de mejor manera problemáticas que se estén presentando, no sólo en cuanto a su intensidad y frecuencia, sino que en ocasiones también nos permite identificar la funcionalidad que le está brindando al niño y los reforzadores existentes por parte de otras personas.

La observación directa, que forma parte de la evaluación funcional según Reep y Horner (2000), consiste en la vigilancia atenta y frecuente durante un período de varias semanas, y en situaciones cotidianas comunes, sobre todo en aquellas que a través de la entrevista fueron determinadas como asociadas a la conducta problema, a través de esta se podrá reconocer los contextos o situaciones causantes de diversos comportamientos.

West (2000) considera que el juego es una de las mejores maneras de trabajar con los niños, además de la intervención permite también la evaluación del mismo, el juego que escojan, o la manera de jugar de los niños, será de gran importancia y utilidad para llevar el trabajo en sí, y para éste recurso, es sumamente importante la observación. Se denomina juego de evaluación u hora de juego diagnóstica a aquella que incluye el descubrimiento y

validación sobre cómo es el niño, lo que el niño cuente a través del juego sobre qué ha sucedido, e incluso puede proporcionar indicativos sobre qué hacer a futuro.

Las *pruebas de evaluación* constituyen otro de los principales elementos evaluativos, dichas pruebas generalmente son psicométricas o proyectivas. Las pruebas psicométricas se basan en teorías de tipo factorial, y permiten poca variación de sus respuestas; su utilización permite que la persona evaluada sea ubicada en una posición o lugar en relación con un grupo. En cambio, las pruebas proyectivas se basan en la teoría psicoanalítica, por lo que son utilizables únicamente cuando se considera que se puede explicar el funcionamiento psíquico a través del inconsciente.

Existen gran variedad de estas pruebas, a continuación describiremos las más utilizadas dentro del Centro de Estimulación Integral y Apoyo Psicoterapéutico CEIAP.

Entre las pruebas psicométricas están las Escalas de Inteligencia de Wechsler para niños y preescolares, el WPPSI(1981) y el WISC(1981), éstas además de evaluar el área intelectual, permiten medir diferentes habilidades tanto en el área de comprensión verbal, organización perceptual y distracción, así es posible conocer el potencial general del individuo y sobre todo el desarrollo de sus funciones cognoscitivas.

El test de Frosting también nos permite conocer 8 habilidades perceptivas del niño, y de esta manera evaluar los parámetros para un correcto aprendizaje, así como el conocimiento de las áreas a fortalecer.

Entre las pruebas proyectivas tenemos sobre todo el Test Casa - Árbol - Persona, el test de la familia, y el test de la Persona Bajo la Lluvia; la primera prueba mencionada sirve no únicamente como una técnica proyectiva, sino que además también puede utilizarse como una prueba de maduración, sobre todo en lo correspondiente a la figura humana, siendo el test de Goodenough, el que establece parámetros para la evaluación madurativa. En cambio, a través del dibujo de la familia, se puede conocer la dinámica familiar, con sus dificultades, conflictos, rivalidades, entre otros; con ésta prueba se evalúan sobre todo aspectos emocionales en el niño o niña. La persona bajo la lluvia nos permite conocer cómo la persona se ubica frente a las problemáticas.

Adicional a estos test, son útiles algunas escalas que se basan principalmente en la observación, entre estas tenemos el Cuestionario de Conners, el Cuestionario de Autismo, el EDAD, y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (1975), que hace referencia a la introversión y extroversión como dimensiones de la personalidad, contando con un cuestionario estructurado para la evaluación de la personalidad en niños.

Según la neuropsicología infantil es importante valorar el nivel mental del niño o niña, no sólo en lo referente a su coeficiente intelectual, sino más bien, la valoración de los puntos fuertes y débiles del perfil psicométrico, así como el conocimiento premórbido del niño sobre todo cuando pudo haber algún acontecimiento que causó daño en el sistema nervioso.

Las lesiones en el sistema límbico o en las conexiones límbico – corticales, especialmente en las áreas ventrales del lóbulo frontal, tienen gran expresividad en los casos más graves, pero con frecuencia pasan desapercibidas si son de menor importancia. En estos casos es posible que los trastornos emocionales y de conducta del niño se atribuyan a problemas educativos, psicológicos o familiares, cuando originariamente las causas productoras fueron de tipo neurobiológico

(Portellano, 2002, pag. 220)

Para la aplicación de las pruebas considera fundamental hacerlas de manera individual y considerando las particularidades de cada niño, entre algunas pruebas neuropsicológicas está el Test CUMANIN (2000) y el K-ABC.

Los aspectos afectivo – comportamentales son necesarios también ser indagados, ya que pese a que no formen parte en sí de la valoración neuropsicológica, existen trastornos emocionales, de personalidad y de conducta muy frecuentes que pueden influir negativamente en procesos cognitivos o perceptivos.

Los estudios biomédicos, informes pedagógicos y escolares e informes complementarios, permiten profundizar la exploración. La tomografía cerebral, resonancia magnética o electroencefalografía pueden ser de gran utilidad cuando se sospecha de una lesión cerebral de mayor gravedad, sin embargo, únicamente las pruebas de neuroimagen funcional son las más confiables cuando la disfunción cerebral es menos grave.

Esquivel y otros (2004) consideran que con la integración de las entrevistas, observaciones y pruebas tanto psicométricas como proyectivas nos acercamos a la evaluación de la personalidad del niño, la misma que se verá reflejada en el diagnóstico tanto a nivel madurativo como emocional.

Kernberg y otros (2002) manifiestan que es importante de la evaluación de los trastornos de personalidad en niños, niñas y adolescentes considerando los patrones no adaptativos y tomando en cuenta las características propias de cada edad, ya que confiar únicamente en criterios descriptivos puede ser dudoso al existir algunos criterios semejantes entre uno u otro trastorno; los criterios para un trastorno de personalidad son los mismos para adultos que para niños, sin embargo, siempre es necesario no perder de vista características propias del desarrollo y tomar en cuenta la frecuencia e intensidad de las características consideradas.

Se buscan evaluar la organización de la personalidad: cognición, afecto, representación del sí mismo, representación de los demás, reflexividad del sí mismo, empatía, mecanismos de defensa, prueba de la realidad. Y también la búsqueda de indicadores de alto riesgo como abuso físico, sexual o verbal que es significativamente más intenso en algunos trastornos, negligencia, inconsistencia de las figuras paternas, rendimiento académico, forma de expresión afectiva, etc. Información que es importante obtenerla de varias fuentes, generalmente de los adultos que viven con ellos y de los profesores.

2.4 CONCLUSIONES

Para hablar de trastornos infantiles, los manuales diagnósticos internacionales, hacen referencia sobre todo a la edad de inicio del trastorno, algunos de ellos tienen similares características en caso de presentarse en edades adultas, sin embargo, la gran mayoría son específicos de edades tempranas.

Ambos manuales coinciden en que en edades tempranas no pueden ser diagnosticados trastornos de personalidad, sin embargo, otros autores mencionan que en los trastornos de personalidad existen patrones repetitivos y frecuentes que se dan desde edades tempranas y que no considerarlos sería excluir el desarrollo del niño o niña, su diagnóstico favorecería una correcta intervención, sin embargo, es el miedo a la etiquetación lo que ha provocado que estos se diagnostiquen a partir de los 18 años.

Desde la Psiconeurología algunas de las alteraciones que se presentan en edades infantiles responden a disfunciones cerebrales mínimas o severas, y es importante tomar en cuenta esta condición, ya que no se podrían explicar mejor de otra manera. Esta ciencia busca aprovechar la plasticidad cerebral para a través de intervenciones adecuadas, favorecer el mejoramiento.

Para evaluar los problemas o trastornos que se pueden presentar en la edad infantil, se cuenta con algunos instrumentos como la entrevista, observación, test psicométricos y proyectivos. La integración de sus resultados facilitará el llegar a un diagnóstico acertado y consecuentemente a una adecuada intervención terapéutica.

CAPITULO III

PROPUESTA “FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA NIÑOS Y NIÑAS.” FIEPsI

Este capítulo incluye todo el proceso del análisis de la FIEPs y la adaptación a la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil FIEPsI, proceso que se realizó a través de varios momentos de ratificación, y con participación de profesionales, lo que permitió que se logre cumplir con el objetivo de Elaborar y validar una propuesta de Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil FIEPsI, a través de ir alcanzando los objetivos específicos que son:

- Analizar la funcionalidad y comprensión de los ítems de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica, cuando se trabaja con niños-niñas
- Plantear una propuesta para una guía Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil FIEPsI
- Validar la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil FIEPsI

METODOLOGÍA

OBJETIVO	ACTIVIDADES
1. Analizar la funcionalidad y comprensión de los ítems de la FIEPs, cuando se trabaja con niños-niñas	1.1 Se realizó una validez del constructo en base a la revisión teórica. 1.2 Se mantuvieron entrevistas directas con profesionales que trabajan en el campo clínico infantil para realizar una revisión a la FIEPs, y acoger sugerencias con respecto al trabajo clínico infantil.

<p>2. Plantear una propuesta para una guía FIEPs niñez.</p>	<p>2.1 Con la integración de los datos obtenidos a través de las entrevistas, se elaboró la propuesta Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil FIEPsI</p> <p>2.2 Se solicitó el criterio del Dr. Lucio Balarezo, como máximo representante del modelo</p> <p>2.3 Se introdujeron los cambios sugeridos por los expertos.</p>
<p>3. Validar la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil FIEPsi</p>	<p>3.1 La ficha se sometió a un nuevo análisis por parte de psicólogos que conocen del modelo integrativo quienes la utilizaron en su práctica clínica infantil y a su vez llenaron un Cuestionario de Análisis, enfocado al cuestionamiento de los principales cambios sugeridos en la FIEPsI.</p> <p>3.2 Se obtuvieron 30 cuestionarios respondidos a través del ejercicio práctico de la utilización de la FIEPsI, con la participación de aproximadamente 10 profesionales.</p> <p>3.3 Los resultados se tabularon cualitativamente utilizando estadística descriptiva.</p> <p>3.4 Debido a que los resultados cuantitativos mostraban poca diferencia se solicitó una nueva revisión de la FIEPsI a al menos otros 20 profesionales de la psicología, logrando corroborar la mayoría de resultados cualitativos con los contables</p> <p>3.5 Tomando en cuenta las sugerencias realizadas en la puesta en práctica de la ficha, se realizó una modificación sustancial en donde se incluyó los aportes más sobresalientes obtenidos con el cuestionario.</p> <p>3.6 Se evaluó la propuesta realizada a través de un nuevo análisis, y se midió por medio de una escala de solicitando su criterio a través de las opciones: muy adecuada, adecuada y poco adecuada.</p>

3.1 ANÁLISIS DE LA FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

FIEPs

A continuación explicaré de manera más descriptiva el proceso y la metodología utilizada para la elaboración de la Ficha de Integración y Evaluación Psicológica FIEPsI.

Las guías de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica FIEPs (Anexo 1) son una herramienta de gran utilidad para el trabajo psicoterapéutico, a través de su uso se puede realizar un diagnóstico tomando en cuenta tanto el problema o trastorno así como los rasgos de personalidad. Luego del diagnóstico permite incluir la planificación del tratamiento que incluye fijar objetivos acorde a las etapas (asesoramiento, sintomatología, y/o problema o trastorno) planteadas desde el modelo integrativo ecuatoriano.

Sin embargo, cuando el trabajo es realizado con niños o niñas dicha funcionalidad se ve alterada ya que no se toma en cuenta todos los factores del desarrollo y otros puntos esenciales e influyentes en esta edad, tampoco permite de manera explícita la consideración del niño como actor de su propio proceso, pudiendo correr el riesgo de tomar en cuenta únicamente la postura de la persona adulta solicitante. A esto se suma que existen muchas discrepancias con respecto a la personalidad en niños o niñas, lo que incluso genera confusión.

Así, con la participación de algunos psicólogos y psicólogas que trabajan con público infantil se realizó un análisis de las 5 primeras guías del proceso psicoterapéutico, con el objetivo de integrar algunos aspectos que permitan acercarnos más efectivamente a

una relación terapéutica, diagnóstico y tratamiento, además de no perder la relación con el Modelo Integrativo Ecuatoriano, es decir, cuidando los factores constitutivos de la personalidad, en este primer análisis de las 5 primeras Guías se encontró que:

En la Guía No.1 no se recolecta toda la información necesaria cuando se trabaja con público infantil, misma que se evidencia en los datos informativos y también en apartados como Biografía Psicológica Personal, la cual es muy general y no focalizan la indagación de aspectos importantes y específicos del desarrollo, perdiendo de vista factores que pueden ser indicadores causales de diferentes trastornos. Así mismo los Antecedentes Disfuncionales en ocasiones se pueden volver repetitivos considerando que estos pueden ser mencionados ya en la Biografía, y es importante considerar los Antecedentes del entorno familiar.

También, se pudo evidenciar la dificultad en el reconocimiento de la demanda ya que generalmente no viene dada por los niños sino más bien por personas adultas. La demanda explícita respondía a la solicitud de algún adulto y no al paciente propiamente dicho, y/o, no se encontraba una demanda implícita, o se hacía referencia a la demanda del adulto nuevamente, creando fácilmente confusión acerca de quién es el paciente a tratarse y de los objetivos a plantearse, en algunas ocasiones que pudo observar incluso que los objetivos planteados eran contraproducentes para el desarrollo personal del niño o niña ya que no tomaba en cuenta su necesidad o el significado de su síntoma.

Otra de las dificultades fue en cuanto al diagnóstico descriptivo de la personalidad, ya que al respecto no todos los profesionales mantienen un acuerdo sobre estos criterios en

el público infantil, algunos permitían un lenguaje referido a rasgos de personalidad, en tanto que otros preferían hablar de tendencias introvertidas o extrovertidas, además de que en muchas ocasiones la descripción del problema o trastorno resultaba ser similar a la descripción de la personalidad.

La Guía No. 2 está enfocada a evaluar las motivaciones y expectativas previas a la primera entrevista tanto del paciente como del terapeuta, así como las expectativas de familiares, amigos e instituciones, en esta guía se reiteran las dificultades mencionadas anteriormente con respecto a con quién se está trabajando, las opciones nombradas dentro de las expectativas y motivaciones no todas son acordes al trabajo con niños y niñas, sobre todo en el cuadro correspondiente al paciente.

La Guía No. 3, presente dificultades ya que en el trabajo con niños o niñas, generalmente la primera entrevista se realiza con los padres, por lo que nuevamente estaríamos confundiendo quien es el paciente, desde este punto de vista, las preguntas no están adecuadas a la realidad del trabajo terapéutico con niños, por lo que sería importante generar un espacio que permita una indagación dirigida al trabajo con público infantil.

La Guía No. 4 constituye la Síntesis Valorativa y Diagnóstica de componentes biológicos, psicológicos y sociales, fue de gran utilidad el cuadro referente al diagnóstico formal de la personalidad, en tanto que en el diagnóstico informal existieron dificultades en lo que respecta a los estilos cognitivos, sobre todo porque si tomamos en cuenta el desarrollo intelectual, algunos de los clientes estarán en etapas pre operatorias u operatorias, sin poder evidenciarse con claridad un estilo cognitivo instaurado.

Finalmente, en la guía No. 5, apartados referentes a la formulación dinámica tanto del problema como de la personalidad, generó dificultades debido a que en la infancia esta dinámica es un proceso mucho más cambiante que en la adultez. De igual manera, el considerar tanto objetivos como técnicas referentes a la flexibilización de rasgos de personalidad es un aspecto difícil de formular en la infancia, en algunos análisis se encontró que el problema es directamente influyente sobre la construcción de su personalidad, por lo que el trabajo que se haga sobre el problema significará indudablemente trabajar sobre la personalidad del niño.

3.2 PROPUESTA DE LA FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN

PSICOLÓGICA INFANTIL FIEPSI

Basándonos en lo mencionado anteriormente, y considerando sugerencias obtenidas durante las entrevistas en cuanto al aumento, cambio o eliminación de ítems se elaboró una propuesta de Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil FIEPSI, quedando de la siguiente manera.

En la Guía No. 1 se aumentó la diferenciación entre la demanda del solicitante y la del niño y se eliminó el ítem referido a la demanda implícita; en la Biografía personal se solicitó información ítems diferenciados como Desarrollo evolutivo, Etapa Pre-escolar, Etapa Escolar y Adolescencia; se aumentó un apartado para indagar el desarrollo de un día común en la vida del niño, la conducta tanto en la casa como en la escuela; se hicieron

además algunos ajustes a la Ficha familiar considerando las relaciones no únicamente entre la familia nuclear, sino abriéndonos a posibilidades de familias reconstituidas y extendidas.

En la Guía 2 se hicieron adecuaciones al cuadro de la demanda, tomando en cuenta el origen de la misma y la posibilidad de existir una solicitud de ayuda a la persona adulta a través de la búsqueda de intervención con el niño, fueron adecuados algunos con respecto a las expectativas y motivaciones debido a que siempre obtenían una respuesta negativa al referirse al infante, y a su vez el cuadro destinado para amigos y familiares se lo propuso para ser llenado en base al Solicitante.

En la Guía No. 3 se plantearon pequeñas modificaciones en las interrogantes al finalizar la primera entrevista para que sean enfocadas a características infantiles, y se consideró que al hablar de una primera entrevista infantil nos referíamos a la conjunción de la primera entrevista con el adulto más la primera entrevista con el niño.

Con respecto a la guía No. 4 se planteó la eliminación del ítem de Estilos cognitivos perteneciente al Cuadro de Diagnóstico informal de la personalidad. Y la Guía No. 5 la mantuvimos con todos los ítems acorde al enfoque del modelo Integrativo Ecuatoriano.

Estas sugerencias fueron socializadas con el Dr. Lucio Balarezo como máximo representante del Modelo, comparándola y complementándola con un bosquejo de Modelo Infantil realizado previamente por los representantes del modelo, se obtuvo como resultado la siguiente propuesta, en la cual se señalará con rojo los aumentos realizados.

PRIMERA PROPUESTA

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL, FIEPSI

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL FIEPSI

Fecha: _____ Elaborada por: _____ No. _____

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Religión: _____

Residencia: _____ Dirección: _____ Telf: _____

Nivel Escolar: _____ **Institución Educativa:** _____

Profesora: _____ **Teléfono** _____

Solicitante: _____ **Relación con el cliente:** _____

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA DEL SOLICITANTE:

DEMANDA DEL NIÑO/A:

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES FAMILIARES Y PERSONALES

BIOGRAFÍA PERSONAL Y CONFORMACIÓN FAMILIAR (GENOGRAMA)

Desarrollo evolutivo del niño/a

Etapa preescolar

Etapa escolar

Adolescencia

Descripción de un día común en la vida del infante (por hora)

Conducta en la casa

Conducta en la Escuela

FICHA DE FAMILIA

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD
Madre
Estado civil:
Padre
Estado civil:
INTERACCIÓN FAMILIAR
Relación Conyugal
Relación del infante con la madre
Relación del infante con el padre
Relación del paciente con los hermanos
Relación de los padres con otros hijos
Relación del infante con otros parientes:
Observaciones

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD (Rasgos de Personalidades: cognitiva, afectivas, comportamental, déficit relacional)

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

DEMANDA PSICOLÓGICA

TIPO DE DEMANDA		
	DEMANDA DEL NIÑO	DEMANDA DEL SOLICITANTE
Asesoramiento		
Psicoterapia		
Observaciones		

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas					
Complacencia a familiares y allegados					
Remisión de otros profesionales					
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					
Adquisición de experiencia					
Fenómenos contra-transferenciales					
Factores económicos					
Obligación institucional					
Otros					

SOLICITANTE	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares o amigos					
Experiencias previas de familiares					
Exigencias familiares					
Exigencias institucionales					
Intereses institucionales					
Otros					

Muy alta = 5

Alta = 4

Media = 3 Baja = 2

Muy baja = 1

GUÍA No. 3
TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA INFANTIL

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA CON EL INFANTE

La primera entrevista infantil se considera la entrevista realizada con el adulto solicitante , más la realizada con el niño o niña

	SI	NO	¿POR QUÈ?
¿Logré que el niño se expres e con libertad sobre su problema?			
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno, problema o síntoma y las posibilidades de tratamiento?			
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de rasgos de personalidad apropiadas?			
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?			
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?			
¿Se produjo desinhibición emocional?			
¿Logré establecer una relación de confianza con el paciente?			
¿Se identificaron componentes de transferencia?			
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?			

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	
Atribución psicológica del trastorno- Locus	

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de rasgos de personalidad del paciente	

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

	1	2	3	4	5
Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico					
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique.....	Si ()			No ()	
Requiere intervención	Individual				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucional				
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso?					

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

3. Señalamiento de Objetivos

3.1 Con relación a la problemática:

3.2 Con relación a la sintomatología o trastorno:

3.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la problemática:

4.2 Con relación a la sintomatología o trastorno:

4.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

La anterior ficha fue aplicada con 30 casos reales entre diferentes colegas, junto con la aplicación de casos se solicitó que llenen un Cuestionario de Evaluación constituido por 10 preguntas que abordaban preguntas sobre los principales cambios de las fichas. Al sistematizar los datos se encontró valiosas sugerencias, mismas que respondían a una valoración cualitativa, sin embargo, los resultados cuantitativas en algunas preguntas marcaban muy poca diferencia, por lo que se volvió a realizar una revisión con más profesionales de la Psicología que hayan tenido experiencia en el campo Infantil, de tal manera que se pueda validar y verificar la funcionalidad de la propuesta. En total participaron 44 Profesionales (Anexo 2)

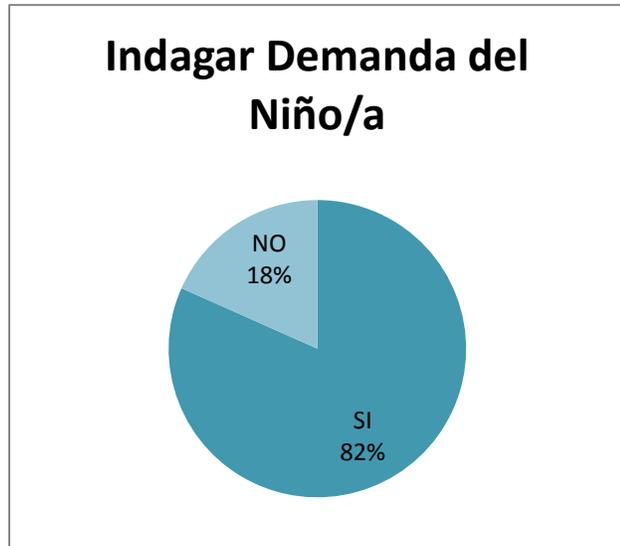
3.3 VALIDACIÓN DE LA FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPSI

Las respuestas obtenidas a través del Cuestionario de Análisis fueron consideradas de manera cuantitativa y cualitativa, la primera buscaba principalmente determinar cuán usados o no fueron los diferentes ítems propuestos, así como su facilidad o dificultad en el momento de la aplicación; y la cualitativa se dio tomando en cuenta las respuestas o sugerencias proporcionadas por los y las profesionasles participantes y permitieron ampliar criterios de funcionalidad para generar una nueva propuesta.

En base al cuestionario de Análisis los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1. *¿El considerar la diferencia entre la demanda del solicitante y del niño, facilitó la comprensión del motivo de consulta?*

Se evidencia una significativa respuesta afirmativa, lo que indica que a pesar de que no siempre la demanda del niño o niña sea detectable en la primera entrevista, muchas veces se la puede encontrar durante el período de evaluación o incluso durante la misma intervención, existieron también



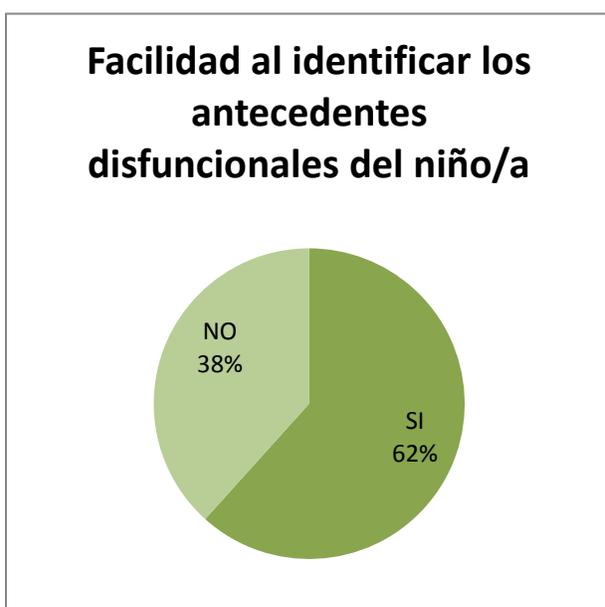
Fuente: Verónica Carchipulla

argumentos como que los niños no presentan demanda alguna o que ésta debería ser tomada en cuenta acorde a los solicitantes o cuidadores ya que los niños poco pueden decirla o describirla y que no puede ser conocida en la primera entrevista, sin embargo, considero que este punto perpetua el hecho de ver al niño o niña como un sujeto pasivo, y en muchas ocasiones incluso como alguien que tiene la obligación de adaptarse a las necesidades de los demás sin tomar en cuenta las suyas propias.

La mayoría de personas mencionaron que el tomar en cuenta esta diferencia permite ver de manera más clara la problemática, sin dejar de dar importancia a la dinámica familiar, misma que además puede variar al considerar el punto de vista del niño. En algunos casos puede ser posible atender a las dos demandas.

Acorde a los resultados obtenidos y a que uno de los principales propósitos de este trabajo en considerar al niño o niña como tal, hemos mantenido este cambio en la propuesta de la FIEPsI, sin dejar de tomar en cuenta que en ocasiones la demanda del niño puede ser identificada durante el proceso, más no manifestada de manera directa y verbal.

2. ¿Le fue fácil identificar los antecedentes disfuncionales del niño(a)?



Fuente: Verónica Carchipulla

La mayor parte de los y las profesionales respondió afirmativamente a esta pregunta, ante lo que se volvió a indagar en qué parte se llenaría esta información, siendo ésta la intención principal de la pregunta.

Algunas personas manifestaron que estos van nombrados en el Desarrollo Evolutivo, mientras que otros consideran que tener un

ítem separado permite ayudar a ordenar la información; y, el lugar en donde se los ubique no influye directamente en la facilidad o no de la indagación.

Acogiendo los resultados cualitativos y cuantitativos se decidió mantener un apartado separado, sin embargo, éste si cambiaría el nombre haciendo alusión a los Antecedentes Familiares y personales de manera general, y más bien eliminando la palabra *Disfuncionales*, misma que posee una carga negativa.

3. *¿El contar con la ficha familiar facilitó la comprensión del entorno familiar del niño(a)?*



Fuente: Verónica Carchipulla

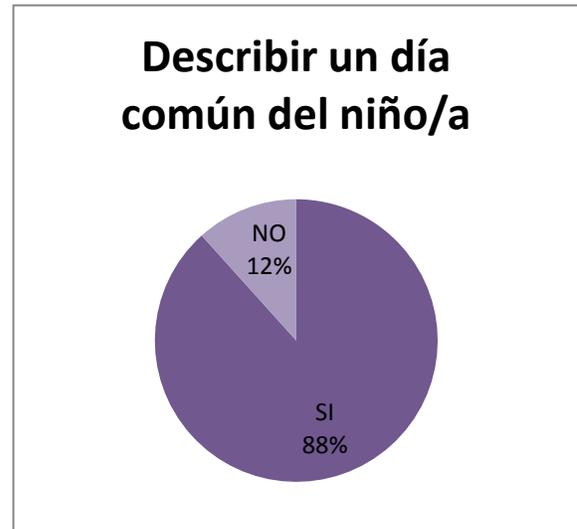
Los resultados obtenidos a través de esta pregunta evidenciaron sobre todo las diferencias de los estilos personales del terapeuta, sin poder afirmar que alguno de éstos sea el más adecuado, ya que las respuestas cualitativas indican en algunos casos que la ficha si facilita la indagación del entorno, aunque resulta repetitiva al genograma; existen también algunos

profesionales que prefieren el uso de la ficha y no el genograma, manifestando que ésta le permite entender de mejor manera las relaciones. Por lo que este ítem quedaría con el espacio para ser llenado con el genograma o escrito acorde a la facilidad de cada terapeuta.

Otro aspecto cuestionado fue la indagación de la personalidad de padre o madre, mencionando que para dicho trabajo se necesitaría incluso contar con un cuestionario y recordando que en este caso es el niño o niña es la persona que está siendo atendida, se generó un cambio en el que se solicite llenar la impresión de los rasgos de personalidad de padres o tutores por parte del terapeuta.

4. *¿El describir un día común en la vida del niño le ayudó a conocer cómo y con quién usa su tiempo el niño(a), así como identificar agentes favorecedores o mantenedores de la problemática?*

El propósito de esta pregunta no está destinado a conocer las actividades que cumple el niño sino más bien a la manera en la que son realizadas, por lo que, la sugerencia de hacer preguntas directas no fue considerada, ya que esto posibilita ocultamiento de información importante.



Fuente: Verónica Carchipulla

La gran mayoría de las personas manifestaron que recolectar esta información ayuda a identificar factores mantenedores de la problemática o conductas disfuncionales, entre los aportes destacados están el considerar la importancia del punto de vista no únicamente del cuidador sino también del niño o niña, así como indagar el grado de satisfacción al realizar dichas actividades.

Acorde a los resultados cuantitativos y cualitativos se mantuvo esta pregunta y se aumentó en el cuadro indagar cómo es un día cotidiano para el propio paciente.

5. *¿El conocer la conducta del niño(a) en la Escuela y en la Casa le ayudó a diferenciar entre problema o trastorno?*



Fuente: Verónica Carchipulla

Una significativa mayoría consideró que el indagar la conducta del niño en la casa y escuela facilita la identificación de la problemática que se presenta.

En la propuesta final se mantiene este apartado, sin embargo, vale la pena recalcar que dicha información debería ser indagada directamente con la profesora o profesor del paciente.

6. *¿El esfuerzo al hacer un diagnóstico de rasgos de personalidad le ayudó a comprender mejor el diagnóstico del problema o trastorno y plantear un tratamiento?*



Fuente: Verónica Carchipulla

Algunas personas comentaron que existe dificultad en reconocer la personalidad del niño, o que el problema se confunde con la personalidad, incluso que más bien, al contrario, es el problema es el que ayuda a indagar su personalidad. Recalaron también que en la problemática de los niños o niñas no

interviene únicamente su personalidad sino también el entorno familiar y dinámica en la que se desenvuelven, por lo que sería conveniente considerar distintos aspectos influyentes en el problema o trastorno.

La diferencia cuantitativa es mínima entre las respuesta *SI* y *NO*, y acorde al Modelo Integrativo Ecuatoriano considero importante hacer este diagnóstico de tipo de personalidad, flexibilizando este concepto con el término construcción de personalidad, y además identificando por separado los factores influyentes en esta conformación.

7. *¿El esfuerzo al hacer un diagnóstico de rasgos de personalidad le ayudó a establecer una mejor relación?*



Fuente: Verónica Carchipulla

Este cuestionamiento no está destinado a incluir o no un ítem, más bien a corroborar la teoría planteada por el Modelo Integrativo Ecuatoriano, cuando se trabaja con un público Infantil.

La mayoría de profesionales considera que sí es posible establecer una relación terapéutica acorde a los rasgos de personalidad, en tanto

que otros mencionan que la relación no depende de esta consideración, sino más bien de la aceptación y empatía que se genere con el niño, sin embargo, la mayoría rescata la utilización de técnicas adecuados acorde a los rasgos de personalidad.

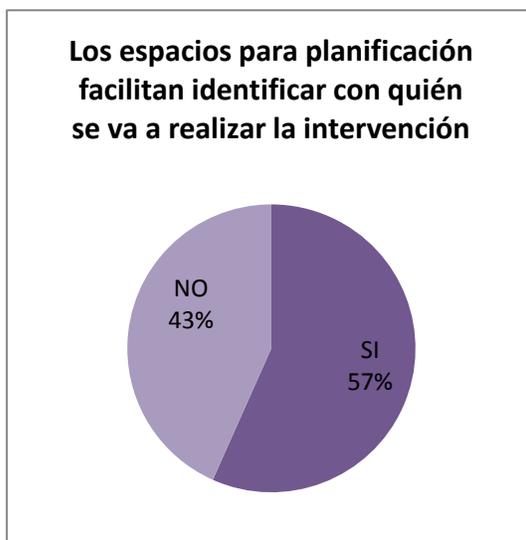
8. *¿El dividir en dos demandas (niño/a y solicitante), facilitó la comprensión o diferenciación del paciente, diagnóstico y tratamiento?*



Fuente: Verónica Carchipulla

Esta pregunta corrobora el las respuestas brindadas en la pregunta No. 1, las personas que lograron hacer la distinción entre ambas demandas encontraron beneficios como atender ambas demandas, o entender mejor el problema tomando en cuenta el punto de vista del niño. Así mismo, esto facilitó el planteamiento de objetivos tomando en cuenta las necesidades del niño o niña.

9. *¿Los espacios en la planificación terapéutica logran diferenciar el trabajo directo con el niño (a) o interacciones con la familia?*



Fuente: Verónica Carchipulla

Hubieron más personas que consideraron que los espacios planteados son adecuados, sin embargo, un porcentaje de mínima diferencia respondió negativamente.

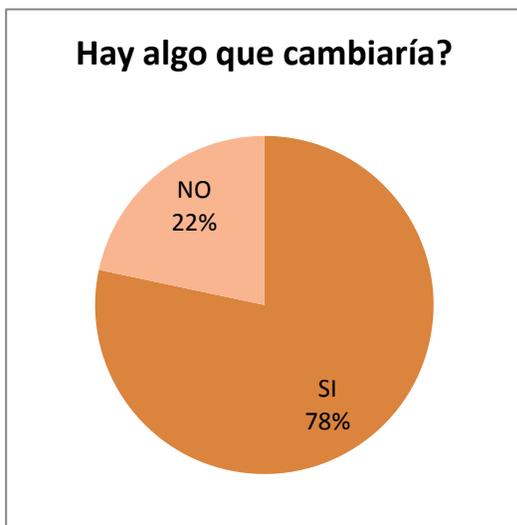
Entre las sugerencias planteadas se manifestó proponer específicamente un espacio destinado para el trabajo con la

familia, mismo que casi siempre es necesario en el trabajo con niños o niñas.

Además, en concordancia a lo planteado anteriormente en cuanto al diagnóstico, es decir, el tomar en cuenta los factores influyentes en el problema o trastorno, y por lo tanto en la personalidad; se plantea que los espacios para la planificación también vayan dirigidos a dichos factores.

Se omitió el apartado de Objetivos destinados a la flexibilización de rasgos de personalidad ya que en esta edad, el trabajo sobre el problema influirá directamente sobre la construcción de la misma, y por lo tanto se estaría ya trabajando en su integración o flexibilización.

10. *¿Hay algo que aumentaría o eliminaría de la información solicitada en las guías?*



Fuente: Verónica Carchipulla

La mayoría de profesionales realizó sugerencias sobre algunos cambios, los más comunes fueron:

Plantear opciones de respuesta que permitan mayor operatividad, por ejemplo, opciones sólo para tajar.

Eliminación de las Guías 2,3,4, ya que algunos datos solicitados en las guías pueden desviar los objetivos del trabajo requerido según el espacio

laboral.

Evitar repetición de ítems.

Hacer preguntas específicas

Eliminación del campo que solicita identificación del locus.

Identificar agentes de vulnerabilidad, favorecedores y mantenedores

Demasiadas guías que no aportan al trabajo terapéutico en sí, sino más bien al proceso de formación.

Solicitaría mayor información desde el punto de vista del niño

La mayoría de las sugerencias planteadas fueron consideradas generando una nueva propuesta, misma que cuida que la inclusión de estos planteamientos se encuentren dentro de los objetivos planteados para la Adecuación de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica en el trabajo con niños y niñas, que sea acorde al Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, y que además de aportar funcionalidad sea cómoda de llenar.

Otro aspecto importante de esta investigación, es que permitió evidenciar que la gran mayoría de Psicólogos Integrativos que participaron en este proceso, usan el enfoque Integrativo Ecuatoriano, sin embargo, muy pocos hacían uso de las guías FIEPs, y que una de las razones se encontraba en la cantidad de ítems a llenar, en consecuencia la propuesta final determina dos momentos dentro del proceso, el primero enfocado a la búsqueda del diagnóstico y la planificación terapéutica, conformado por las Guías 1 y 2, y el segundo momento cuyo objetivo es la Formación y Autoevaluación, mismo que consta de las guías 3 y 4. La reducción de una guía responde a la unificación de ítems que solicitaban igual o similar información, y a la incorporación de algunos de los apartados en momentos diferentes a los planteados por las FIEPs.

Otro interesante aporte que se hizo fue la opción de contar con gráficos que permitan un llenado más rápido a los ítems propuesto, por lo que la Guía No. 2 puede ser llenada tanto a través de completar los ítems, o mediante el uso de gráficos, para lo cual se elaboraron dos plantillas, la una correspondiente a la Descripción Diagnóstica y la otra para la Planificación Terapéutica, teniendo así la alternativa de elegir el formato más cómodo según las preferencias personales. Para mayor comprensión, en esta ocasión se colocó los formatos gráficos al final de la Guía respectiva.

A continuación la propuesta final para la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil FIEPsI.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL FIEPSI

No. _____

Fecha: Elaborada por:

DATOS INFORMATIVOS

Nombre:

Lugar y fecha de nacimiento:

Edad:

Residencia: Dirección: _____ Telf: _____

Nivel Escolar: Institución Educativa:

Nombre del padre: Estado Conyugal: Telf:

Instrucción académica: Ocupación

Nombre de la madre: Estado Conyugal: Telf:

Instrucción académica: Ocupación

Profesora: Teléfono

Solicitante: Relación con el niño/niña:

Tipo de consulta:

Consulta Privada		Acogida	
Hospitalizado		Procesos judiciales	
Escuela		Otros	

DEMANDA DEL SOLICITANTE:

DEMANDA DEL NIÑO/A:

ANTECEDENTES FAMILIARES Y/O PERSONALES

CONFORMACIÓN FAMILIAR O GENOGRAMA

Impresión del terapeuta acerca de los rasgos de personalidad de padres o tutores

BIOGRAFÍA PERSONAL DEL NIÑO/A

Embarazo: Planificado___ No planificado___ Deseado ___ No deseado___
Complicaciones___ Consumo de alcohol___ Consumo de sustancias___
Enfermedades___ Fármacos___ Cigarrillo: directo___ Indirecto___
Estado emocional de la madre: _____
Estado emocional del padre: _____
Observaciones: _____

Parto: A término___ Prematuro ___ semanas
Normal: ___ Cesárea___ Forceps___
Complicaciones: ___ Incubadora___ Ictericia___ Hipoxia___ Cianosis___
APGAR ___ Talla___ Peso___
Lactancia: (edad) Seno___ Biberón___ Destete___
Observaciones: _____

Desarrollo psicomotor: edad a la que se dio
Control cefálico____ Sedestación____ Gateo____ Marcha independiente____
Dificultades: _____

Lenguaje: edad a la que se dio
Balbuceo____ Primeras palabras____ Frases estructuradas____ Relató
experiencias____ Dificultades____

Control de esfínteres: edad a la que se dio
Diurno____ Nocturno____
Observaciones: _____

Etapa pre-escolar:
Edad de Ingreso_____
Adaptación_____
Conducta_____
Observaciones: _____

Etapa pre-escolar:
Edad de Ingreso_____
Adaptación_____
Conducta_____
Rendimiento escolar_____
Observaciones: _____

Autonomía
Duerme: solo____ acompañado____ En el mismo dormitorio_____
Sueño: tranquilo____ intranquilo____ pesadillas____ sonambulismo____

Come: solo____ con ayuda____ apetito exagerado____ rechaza alimentos____

Vestido: solo____ con ayuda____

Aseo personal:
Lavado de dientes: _____ Ducha: _____ Reacción ante el desaseo: _____

Socialización con pares: mala____ dificultosa____ buena____
Socialización con adultos: mala____ dificultosa____ buena____
Observaciones: _____

Descripción de forma secuencial de un día común en la vida del infante

SEGÚN EL CUIDADOR	SEGÚN EL NIÑO

Conducta en la casa

Conducta en la Escuela

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

GUÍA No. 2
CONCLUSIONES DIAGNÓSTICAS DE LA SINTOMATOLOGÍA, PROBLEMA O
TRASTORNO Y PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA SINTOMATOLOGÍA, PROBLEMA O TRASTORNO

Aspectos biológicos: _____

Aspectos cognitivos: _____

Aspectos comportamentales: _____

Aspectos afectivos: _____

Aspectos sistémicos: _____

Aspectos sociales/relacionales: _____

Desarrollo de Mecanismos de defensa: _____

Factores de vulnerabilidad _____

Factores desencadenantes: _____

Factores mantenedores: _____

DIAGNÓSTICO SINTOMATOLÓGICO: _____

DIAGNÓSTICO DE PROBLEMA O TRASTORNO: _____

DESCRIPCIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD (Descripción de las áreas cognitiva, afectivas, comportamental, relacional)

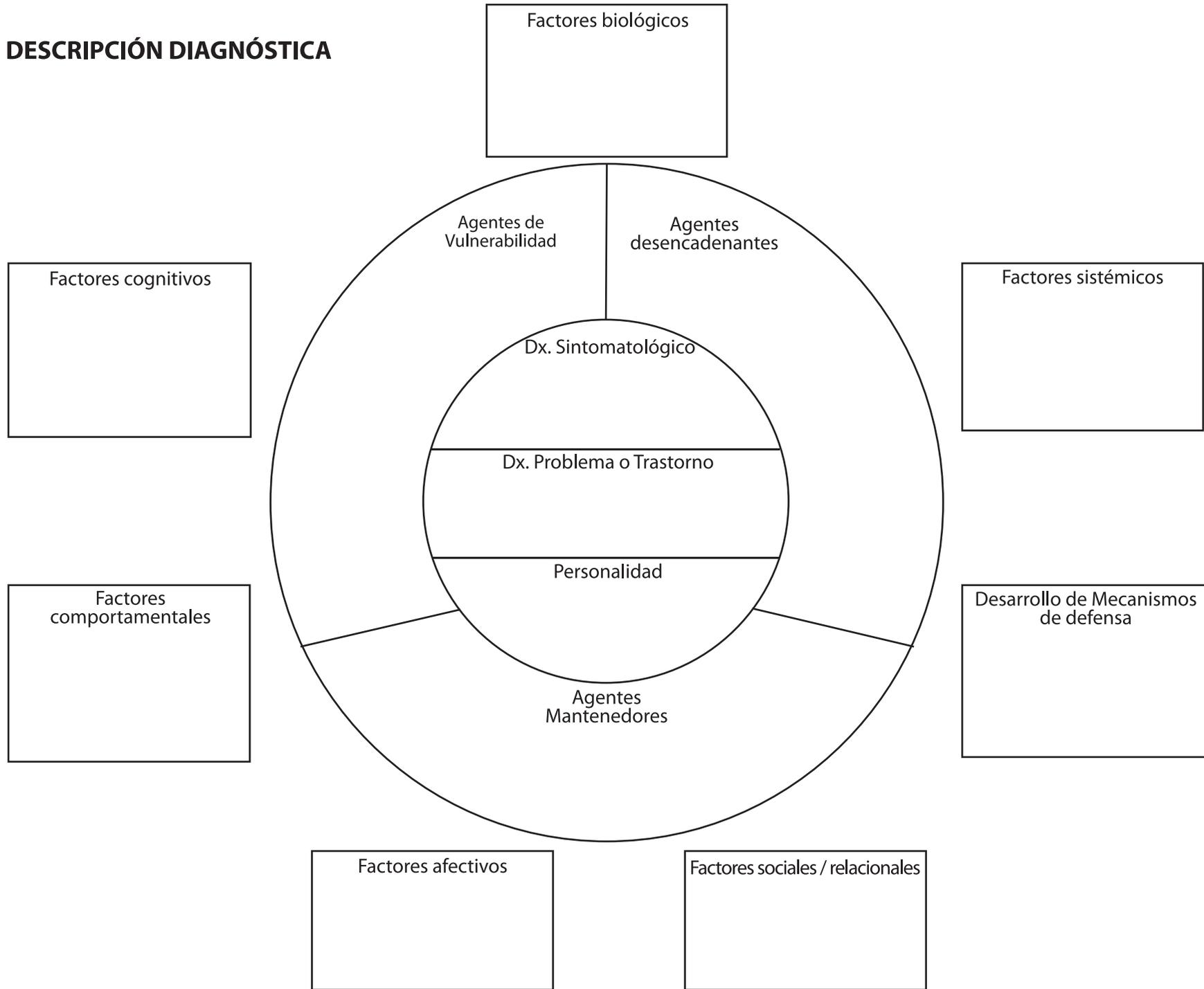
Fortalezas y rasgos limitantes:

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES

Requiere intervención	Individual	
	Familiar	
	Grupal	
	Institucional	
	Multidisciplinario	
Remisión a otro profesional		

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA



PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

SEÑALAMIENTO DE OBJETIVOS:

Con relación a la demanda del niño/a: _____

Con relación a la sintomatología: _____

Con relación al Problema o Trastorno: _____

SEÑALAMIENTO DE TÉCNICAS

Aspectos biológicos: _____

Aspectos cognitivos: _____

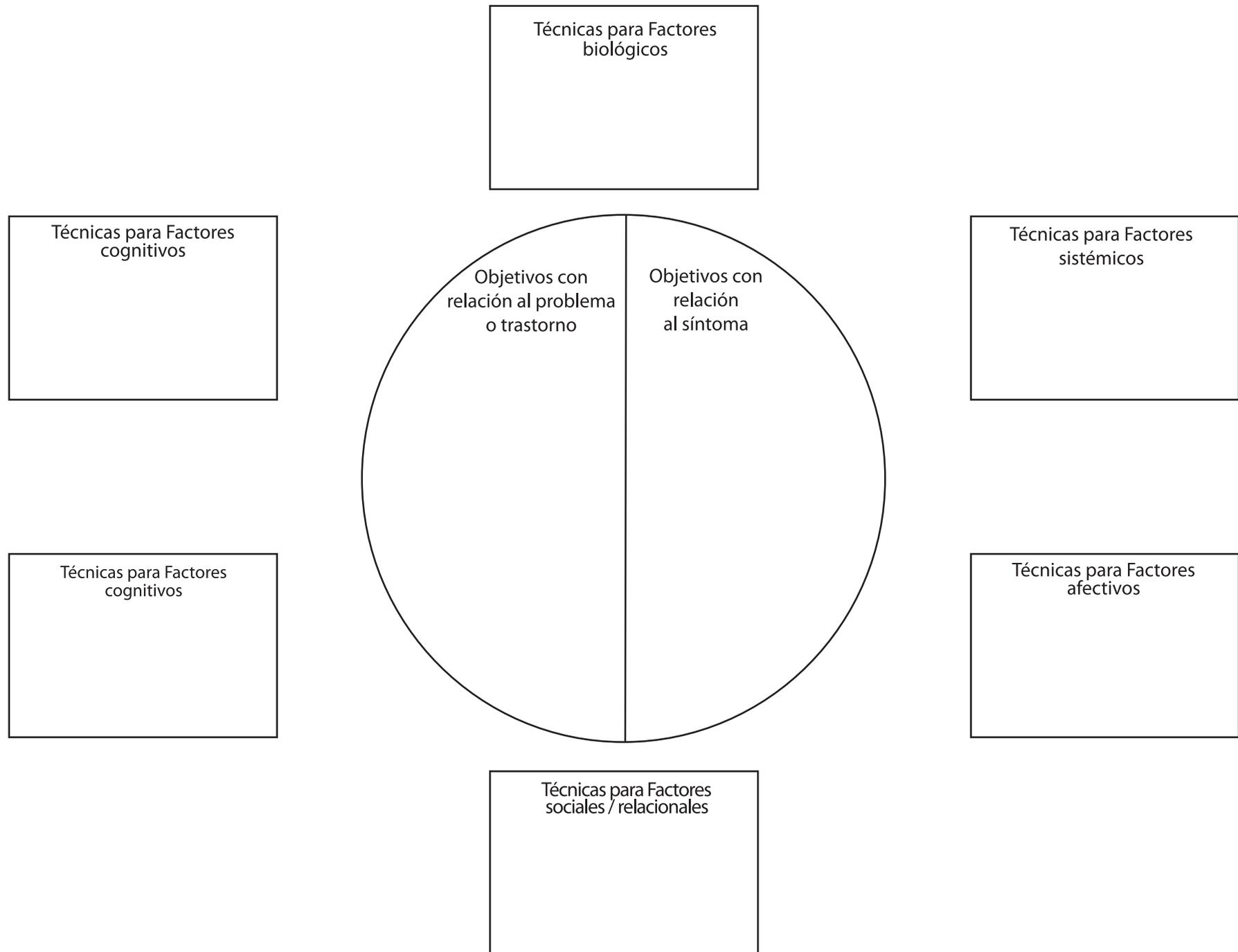
Aspectos comportamentales: _____

Aspectos afectivos: _____

Aspectos sistémicos: _____

Aspectos sociales/relacionales: _____

PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA / SEÑALAMIENTO DE TÉCNICAS



GUÍA No. 3

FORMACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

DEMANDA PSICOLÓGICA

TIPO DE DEMANDA		
	DEMANDA DEL NIÑO	DEMANDA DEL SOLICITANTE
Asesoramiento		
Psicoterapia		
Observaciones		

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas					
Complacencia a familiares y allegados					
Remisión de otros profesionales					
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					
Capacidad empática con el niño/a					
Adquisición de experiencia					
Fenómenos contra-transferenciales					
Factores económicos					
Obligación institucional					
Otros					

SOLICITANTE	1	2	3	4	5
Experiencias previas de familiares					
Exigencias familiares					
Exigencias institucionales					
Intereses institucionales					
Afán de ayuda al niño/a					
Otros					

Muy alta = 5

Alta = 4

Media = 3 Baja = 2

Muy baja = 1

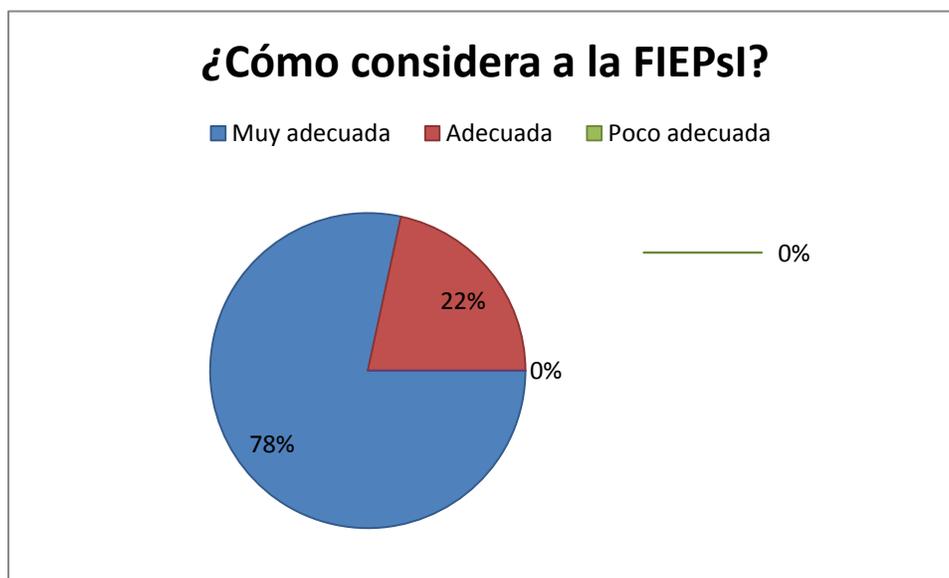
TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de Psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ETAPA CON EL INFANTE

	SI	NO	¿POR QUÈ?	¿Incluye al solicitante?	Incluye al cuidador
¿Proporcione un ambiente cómodo para que el niño se exprese con libertad?					
¿Logré establecer una relación empática con el niño/a?					
¿Logré brindarle confianza al niño/a sobre el trabajo a realizarse?					
¿Tengo claridad de la etiología del trastorno, problema o síntoma y las posibilidades de tratamiento?					
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de rasgos de personalidad apropiadas?					
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?					
¿Se identificaron componentes de contratransferencia ?					

Esta última propuesta también pasó por un nuevo análisis, en el que, luego de solicitar su revisión, se aplicó a los profesionales participantes otra Encuesta mediante la cual se pedía calificar la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil FIEPSI, usando los parámetros muy adecuada, adecuada o poco adecuada. Los resultados obtenidos fueron los siguientes



Fuente: Verónica Carchipulla

Las personas que consideran a la FIEPSI como *Muy Adecuada* aprecian que la propuesta cuenta con espacios que permiten indagar la información que toma en cuenta importantes aspectos desde el desarrollo hasta la actualidad, además de considerar el día cotidiano y la conducta en casa y escuela, información que se encuentra organizada y estructurada de tal manera que facilita el considerar aspectos necesarios para realizar una evaluación, diagnóstico y tratamiento adecuados; añaden también que el incluir el punto de vista de los niños o niñas y no sólo el de los adultos aporta un punto de vista más amplio sobre los diferentes aspectos y facilita un trabajo más adecuado con el público infantil.

Rescatan también el diferenciar espacios específicos para los distintos factores influyentes tanto en el problema o trastorno así como en la personalidad: aspectos cognitivos, comportamentales, afectivos, sociales, sistémicos, etc.; también se valora el indagar factores predisponentes, de vulnerabilidad y/o mantenedores, ya que consideran que esta indagación facilita la Descripción Diagnóstica. También consideran que el llenado de la misma es fácil y posibilita el que otros profesionales puedan conocer cada proceso, además que no tomara un tiempo excesivo. Consideran el uso de gráficos como funcionales y de fácil utilización.

Las personas que respondieron que la FIEPsI les parecía *Adecuada* rescataron aspectos como la exploración de diferentes aspectos influyentes en el desarrollo y también la utilización de gráficos, sin embargo, consideran que el llenado total resulta extenso dependiendo el espacio de trabajo. Algunas profesionales mencionan que la planificación no podría ser considerada de una manera tan específica sino que más bien esta tendría que ir acorde a la evolución del niño o niña.

3.4 CONCLUSIONES

Luego de un trabajo de revisión co-partipativo entre 45 profesionales concedoras del Modelo Integrativo Ecuatoriano y del Trabajo Psicológico con niños y niñas, se incorporaron e integraron sugerencias realizadas a partir de dicha revisión, y se consiguió elaborar una Ficha Integrativa Ecuatoriana Psicológica Infantil FIEPsI, calificada como Muy adecuada por el 78% de los encuestados al respecto.

Esta calificación se argumentó con opiniones como que los apartados permiten recolectar importante información del niño o niña, misma que va desde el período de gestación hasta las diferentes etapas del desarrollo, contiene también ítems que rescatan puntos de vista del niño o niña frente a los de sus padres o cuidadores, lo que además permite visibilizar la problemática de una manera más amplia. Los datos solicitados permiten mayor acercamiento a la realidad del niño y su familia y posibilitan la organización de la información acorde al curso del proceso de análisis. La consolidación de información podría posteriormente utilizarse para realizar una investigación.

Otra valoración importante es el cuadro de la descripción diagnóstica, ya que consideran que allí se resume todo lo que ocurre con un consultante, tomando en cuenta los diferentes aspectos influyentes tanto en el problema o trastorno como en la personalidad, lo cual facilita la elaboración de la planificación, esta guía cuenta además con dos gráficos para la Descripción Diagnóstica y la Planificación terapéutica, mismos que han sido calificados como muy funcionales. Se rescata también el haber incorporado en la evaluación factores de vulnerabilidad, factores desencadenantes y mantenedores del problema o el trastorno

Refieren también que la exploración de la personalidad del niño o niña en construcción, abarcando los diferentes factores constitutivos e influyentes, facilita su comprensión y descripción y mantiene concordancia con el Modelo Integrativo Ecuatoriano, por lo que la FIEPsI cumple con los parámetros y objetivos propuestos al inicio de la Investigación.

CONCLUSIONES

1. Teóricamente se ha descrito la diferencia entre adultos y niños por lo que el contar con instrumentos propios para la evaluación infantil es un aporte significativo al Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad.
2. Las diferencias existentes entre infantes y adultos es de gran relevancia, y el conocimiento de las características propias de cada edad o etapa del desarrollo permite una mejor evaluación e intervención. En el desarrollo del niño o niña está estudiado en diferentes áreas, sin embargo, todas están relacionadas por lo que la alteración de una de ellas influirá en mayor o menor intensidad sobre las otras. Estas áreas son: motricidad, lenguaje, cognición, afectividad.
3. A más de los factores antes mencionados existe la presencia de factores biológicos, socia-culturales y afectivos, influyentes en el desarrollo del mismo, por lo que siempre es necesario considerar la participación de las personas adultas en el entorno directo del niño o niña.
4. Para hablar de trastornos infantiles es importante tener en cuenta los aspectos del desarrollo, según los manuales diagnósticos existen algunos trastornos específicos de la edad infantil, y cuyo nombre responde justamente a su edad de inicio, otros trastornos pueden presentarse de manera similar en edades tempranas o adultas.

5. Se mantiene la discusión de la personalidad ya constituida en niños y niñas, aunque algunos autores manifiestan la posibilidad de diagnosticar personalidad desde edades tempranas; en nuestra práctica hemos podido hacer referencia a rasgos característicos presentes en niños y niñas, en los cuales además es fácil identificar los factores influyentes. En edades tempranas existe mayor flexibilidad al cambio a diferencia que con adultos, por lo que hemos asumido el término de construcción de la personalidad.
6. Para la evaluación clínica infantil se cuenta con importantes instrumentos como la entrevista, la observación y la pruebas psicométricas y proyectivas, la integración de los resultados de todas estas permite contextualizar de mejor manera la problemática, tomando en cuenta que pese a que sean las personas adultas quienes mayor información verbal puedan brindar, ésta también puede ser dada por niños o niñas a través del juego o de técnicas proyectivas.
7. Tomando en cuenta los aspectos teóricos antes mencionados, la experiencia en el trabajo práctico con niños y niñas, y el análisis conjunto con Profesionales del Modelo Integrativo y de la Psicología Clínica en el campo Infantil, se realizó un proceso en el cual se logró construir una Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Infantil FIEPSI, con un fuerte constructo teórico y una validación que permite identificar su funcionalidad en la práctica, en la que un 90% de las personas encuestadas manifestaron que la ficha les parecía muy adecuada, y el 10% que les parecía adecuada.

ANEXOS

ANEXO 1

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS

No. _____

Fecha: _____ Elaborada por: _____

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: _____

Edad: _____ años Estado Civil: _____ Religión: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Residencia: _____ Dirección: _____ Telf: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Informante: _____ Parentesco: _____

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

ORIGEN		
Paciente	Familiar (s)	
Profesional	Otros	

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES

FICHA DE PAREJA Y FAMILIAR

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD
Esposa
Esposo
INTERACCIÓN FAMILIAR
Relación del paciente con la madre
Relación del paciente con el padre
Relación del paciente con los hermanos
Relación conyugal
Relación con los hijos
Observaciones

GUÍA No. 2
ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO
DEL PROCESO

DEMANDA PSICOLÓGICA

ORIGEN		DEMANDA	
Paciente		Explícita (manifiesta)	
Familiar		Implícita (latente)	
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Psicoterapia	

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas					
Complacencia a familiares y allegados					
Remisión de otros profesionales					
Exigencia de status					
Curiosidad					
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					
Adquisición de experiencia					
Fenómenos contra-transferenciales					
Factores económicos					
Obligación institucional					
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares					
Sentimientos de ayuda de amigos					
Experiencias previas de familiares					
Exigencias familiares					
Engaño de familiares					
Exigencias institucionales					
Intereses institucionales					
Otros					

Muy alta = 5

Alta = 4

Media = 3 Baja = 2

Muy baja = 1

GUÍA No. 3
TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÈ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?			
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?			
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?			
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?			
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?			
¿Se sintió comprendido en su problema?			
¿Se produjo desinhibición emocional?			
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?			
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?			
¿Se identificaron componentes de resistencia?			
¿Se identificaron componentes de transferencia?			
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?			

GUÍA No.4
SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS,
PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	
Atribución psicológica del trastorno- Locus	

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	
Estilos cognitivos según la personalidad	
Rasgos potenciadores y limitantes	

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

	1	2	3	4	5
Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico					
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique.....	Si ()			No ()	
Requiere intervención	Individual				
	De pareja				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucional				
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso?					

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

3. Señalamiento de Objetivos

3.3 Con relación a la problemática:

3.4 Con relación a la sintomatología o trastorno:

3.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la problemática:

4.2 Con relación a la sintomatología o trastorno:

4.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

ANEXO 2

PSICOLOGAS Y PSICOLOGOS PARTICIPANTES		
	Nombre	Contacto
1	Gabriela Acurio	0983179622
2	Ana María Cuesta	0995617074
3	Rosalba Sanchez	0998272196
4	Virginia Roldán	0981246538
5	Silvia Mancheno	smancheno@andinanet.net
6	Mayri Velastegui	0999813495
7	Sebastián Herrera	0984045711
8	Rocío Guzmán	0992575296
9	Jhoanna Ortega	0992989926
10	Juanita Ochoa	0999879296
11	Alexandra Córdova	0994904320
12	Esther Vijay	0984322193
13	Fabián Castro	0994117571
14	Isabel Rojas	0995347237
15	Cristina Arguello	0992271931
16	Viviana Merchán	0995108293
17	Andrea Machado	0969733354
18	Ma. José Marín	0988687182
19	Dalila Heras	0995941967
20	Jennifer Loayza	0979352084
21	Roxana Loor	0998603904
22	Verónica Sarmiento	0998064652
23	Ma. Eugenia Barros	0998901097
24	Lourdes Gomez	0999501228
25	Ma. Carmen Machado	2843497
26	Diana Farez	2843497
27	Sonia Niveló	0993023678
28	Marilu Guzmán	2822399
29	Ximena Pacheco	2822399
30	Sofía Pozo	0998000873
31	Belén Cárdenas	0992574258
32	Marcia Mogrovejo	marcitas26@hotmail.com
33	Jessica Jaramillo	jessy_jaramillo@yahoo.es
34	Laura Morocho	laura_morocho@hotmail.com
35	Maribel Polo	mari-polo@hotmail.com
36	Saidi Tello	saditello@msn.com
37	Cecibel Ochoa	0987578564
38	Ma. Augusta Luna	0996188441
39	Alexandra Bueno	
40	Ma. Esilda Bernal	0995684597
41	Renata Erazo	0999099964

42	Viviana Arias	072811978
43	Karol Palacios	0995970356
44	Verónica Córdova	0998400660

BIBLIOGRAFÍA

- Pedagogía y Psicología Infantil*. (2002). Madrid: Cultural.
- Álvarez, H. F. (2008). *Integración y Salud Mental*. España: Desclée de Brouwer.
- Balarezo, L. (2007). *Psicoterapia*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad*. Quito: Unigraf.
- Bofill, Fernandez, Villegas, García, Hijano. (2010). Psiquiatría infantil. *Pediatría de Atención Primaria, XII*.
- Bolwby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós.
- Bolwby, J. (1998). *El Apego*. Barcelona: Paidós.
- Bunge. Gomar. Mandil. (2009). *Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.
- Donald D, Hammil Nils. (s.f.). *Método de Evaluación de la Percepción Visual de Frostig*. Mexico D.F.: Manual Moderno.
- Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia Integrativa PNIE Psiconeuroinmunoendocrinología*. Montevideo: Psicolibros.
- Echeburúa. Guerricaechevarría. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.
- Esquivel. Heredia. Lucio. (2004). *Psicodiagnóstico Clínico de Niño*. México: Manual Moderno.
- Eysenck, H. (1965). *Estudio científico de la Personalidad*. Argentina: Paidos.
- Eysenck, H. (1972). *Fundamentos Biológicos de la Personalidad*. Barcelona: Fontanella.
- Gesell, A. (1967). *El Niño de 1 a 4 años*. Buenos Aires: Paidos.
- Gonzales M., Palacios J. (1990). Zona del Desarrollo Próximo como tarea de construcción. *Aprendizaje e Infancia*.
- Grace Craig, D. B. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson Educación.
- Josselyn, I. (1986). *Desarrollo psicosocial del niño*. Buenos Aires: Psique.

- Kernberg, Weiner, Bardenstein. (2002). *Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Lopez-Ibor Aliño, Valdés Miyar y otros. (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Maier, H. (2001). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Millon, T. (2004). *Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Masson.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Clasificación Estadística Intenaciona de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Parmelee, D. X. (1998). *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Casanova.
- Piaget, Osterrieth, Nuttin, Bresson, Marx, Meyer. (1977). *Los procesos de adaptación*. Argentina: Nueva Visión.
- Portellano, J. (2010). *Introducción a la Neuropsicología*. Madrid: Mc. Graw Hill.
- Portellano, J. A. (2008). *Neuropsicología Infantil*. Madrid: Síntesis.
- Portellano, Mateos, Martínez. (2000). *Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil CUMANIN*. Madrid: TEA Ediciones.
- Reep, Horner. (2000). *Análisis Funcional de Problemas de la Conducta*. España: Thomson.
- Saussure, R, Osterrieth, P.A, Piaget, J. (1967). *Estadios del desarrollo afectivo del niño*. Buenos Aires: Lautaro.
- Vygotski, S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.
- Wallon, Piaget y otros. (1976). *Los estadios de la psicología del niño*. Argentina: Nueva Visión.
- Wechsler, D. (1981). *WISC-R Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar Español*. Mexico D.F.: El Manual Moderno.
- Wechsler, D. (1981). *WPPSI Escala de Inteligencia para los niveles preescolar y primario*. Mexico D.F.: Manual Moderno.
- West, J. (2000). *La terapia de Juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.
- Young, Kimball; Calderon, Irma. (1969). *Psicología social y aprendizaje de la interacción*. Buenos Aires: Paidós.